Ajută-ți copilul să revină pe calea cea bună

PP
PSIHOLOGIE PRACTICĂ

Cum să rezolvi problemele emoționale și de comportament ale copilului

KENNETH H. TALAN

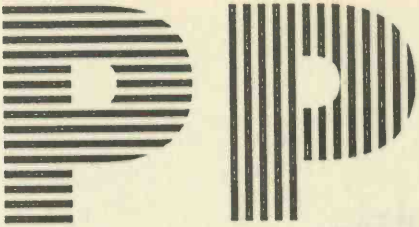
TREI

II 444 657
BCU IAȘI

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II 444 657
BCU IASI

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



PSIHOLOGIE PRACTICĂ

COLECȚIE COORDONATĂ DE

Vasile Dem. Zamfirescu

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

698874

TREI

Ajută-ți copilul să revină pe calea cea bună

Cum să rezolvi problemele emoționale și de comportament ale copilului

KENNETH H. TALAN

0 000010 50983 BCU IASI

Traducere din engleză de Ioana Pricop

ALE

BCU IASI UNIVERSITY LIBRARY

EDITORI:
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

DIRECTOR EDITORIAL:
Magdalena Mărculescu

DESIGN:
Faber Studio

DIRECTOR PRODUCȚIE:
Cristian Claudiu Coban

REDACTOR:
Raluca Hurduc

DTP:
Ofelia Coșman

CORECTURĂ:
LORINA CHIȚAN
EUGENIA URSU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Talan, Kenneth H.
Ajută-ți copilul să revină pe calea cea bună : cum să rezolvi problemele emoționale și de comportament ale copilului /
Kenneth H. Talan ; trad.: Ioana Maria Pricop. - București : Editura Trei, 2013
Bibliogr.
ISBN 978-973-707-678-6

I. Pricop, Ioana Maria (trad.)

159.923.7

Titlul original: Help Your Child or Teen Get Back on Track
Autor: Kenneth H. Talan, MD

Copyright © Kenneth H. Talan 2008
Prezenta ediție s-a publicat prin acord cu Jessica Kingsley Publishers Ltd.

© Editura Trei, 2013
pentru prezenta ediție

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
E-mail: comenzi@edituratrei.ro

www.edituratrei.ro

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

13 MAI 2016

Cuprins

Părinților care au fost, care sunt și care vor fi dedicați să-și ajute copiii pentru a avea o viață sigură, sănătoasă, plină de veselie și liniște.

Valoarea căsătoriei nu constă în aceea că adulții dau naștere unor copii, ci în faptul că aceștia din urmă devin adulți.

Peter de Vries, romancier american
(1910–1993)

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cuprins

Mulțumiri 9

Introducere 11

PARTEA I: Intervențiile părinților 29

1 Ce este de făcut când credeți că fiul sau fiica dumneavoastră are o problemă 31

2 Semnalele de alarmă: lista alfabetică a simptomelor 68

3 Perturbări în dezvoltare: copilul ca întreg 142

4 Zece pași pentru a vă ajuta copilul să revină pe calea cea bună 200

5 Gestionarea sentimentelor dumneavoastră când copilul suferă 233

PARTEA a II-a: Intervențiile specialiștilor 251

6 Evaluarea și testarea: de ce, ce, cine și unde? 257

7 Întrebări despre tratament: cine sunt persoanele care oferă ajutor și unde se află ele? 302

8 Psihoterapia și efectele sale secundare 320

9 Medicamentele și efectele lor secundare 343

10 Terapii complementare și alternative și efectele lor secundare 392

11 Rolul jocului în psihoterapia individuală, de la copilărie la adolescență 412

12 Costurile tratamentului: bani, energie și timp 439

ANEXĂ: Bibliografie pentru autoajutorare 453

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

Mulțumiri

Pentru mine, expresia care spune că este nevoie de tot satul ca să crești un copil se aplică foarte bine în cazul scrierii acestei cărți. Deși eu am scris-o, un întreg sat de oameni m-a călăuzit, sprijinit și încurajat de-a lungul drumului. Se numără printre acești oameni colegii mei, care au citit primele schițe și mi-au oferit sugestii referitoare la conținutul cărții, editorii, care m-au ajutat să configurez claritatea și punctul central al cărții, familia și prietenii, care mi-au tolerat preocuparea pentru carte și mi-au încurajat munca și pașii pe care i-am făcut până la publicare. Printre acești oameni se numără, de asemenea, părinții și copiii care au venit la mine căutând ajutor și care m-au învățat multe lucruri pe măsură ce eu îi ajutam, profesorii și colegii mei pediatri, psihiatri de copii, psihanaliști, psihologi care practică budismul și terapeuți de orientare somatică experiențială. Și, în mod special, printre acești oameni se numără și cele două fiice ale mele, Deb și Susa, și soția mea, Kitty, care au împărțit cu mine bucuriile și munca grea de a fi un părinte și de a crește. Toți acești oameni au o contribuție la părțile bune ale acestei cărți, însă doar eu sunt responsabil de toate greșelile sau inducerile în eroare. Voi enumera mai jos câteva persoane care m-au ajutat fiecare într-un anumit fel.

Heather Hornik a fost o resursă extrem de utilă pentru informații valoroase și sugestii înțelepte referitoare la Capitolul 6, despre testarea psihologică. Jay Indik, Meg Seiler, Dennis Rosen, Peter Kenny, Jonathan Schwab, Deb King, Tom Plaut, Ella

Kusnetz, Jon Crispin, Cynthia Monahon, Edward Plimpton şi Madeline Blais au făcut cu toţii sugestii foarte utile şi practice, cu privire la diferite aspecte ale cărţii. Steven Dashef, John Hornik, Daniel Charlat, Robert Alberti, Catherine Rule, personalul programului rezidenţial şi clinicii pediatrice Cutchins, Grupul de lectură de miercuri, membrii Havurah şi grupul de bărbaţi: cu toţii mi-au oferit sprijin şi au reprezentat adevărate cutii de rezonanţă pentru diferite subiecte abordate. Suzanne Plaut şi-a folosit minunatele abilităţi pentru a-mi configura propoziţiile şi paragrafele, astfel încât să îmi exprime mai clar ideile. M-a ajutat să transform un manuscris îndesat într-o carte accesibilă. Soţia mea, Kitty, m-a încurajat în toată perioada aceasta tulbure, mi-a ascultat pălăvrăgeala nesfârşită în perioada aceasta creativă şi m-a îngrijit pe tot parcursul.

Mă aştept să trec prin lume doar o dată. De aceea, tot binele pe care îl pot face şi toată bunătatea pe care o pot dărui fiecărei creaturi fă să le pot realiza acum. Nu mă lăsa să le amân, căci nu voi mai păşi pe acest drum a doua oară.

Stephen Grellet, lider religios american
de origine franceză (1773-1855)

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA

Introducere

CARTEA ACEASTA VI SE ADRESEAZĂ DUMNEAVOASTRĂ?

Am scris această carte în special pentru părinţii care doresc să consulte un specialist în sănătate mentală pentru copii, dar care încă nu au sunat pentru a-şi face programare.

- Probabil că sunteţi îngrijorat cu privire la preşcolarul dumneavoastră care are crize de furie sau care, în ciuda faptului că învăţase să facă la oliţă, de curând a reînceput să-şi murdărească lenjeria.
- Sau poate că este vorba de un şcolar de clasa a treia sau a patra care pare impulsiv şi hiperactiv, tensionat sau deprimat, iar învăţătoarea lui v-a anunţat de curând că nu învaţă în ritmul la care se aştepta ea.
- Poate copilul dumneavoastră este un adolescent prea preocupat de alimentaţie şi de greutatea corporală, având comportamente autoabuzive sau schimbări de dispoziţie perturbatoare şi comportament imprevizibil.

Toţi părinţii sunt îngrijoraţi şi suferă atunci când copilul lor are probleme. Ca părinte, încercaţi tot ce vă trece prin cap şi credeţi că e de ajutor. În general, părinţii îşi pun problema unui

consult de sănătate mentală a copilului atunci când metodele obișnuite de ajutare a copilului nu mai funcționează. Un părinte care decide să caute sprijin profesionist este preocupat de persoana căreia să-i ceară ajutorul, simțindu-se astfel la voia întâmplării. Așadar, în ce fel vă este de ajutor această carte, mai exact? Ea se adresează dumneavoastră dacă:

- vă preocupă emoțiile și comportamentul copilului dumneavoastră și doriți să aflați ce anume puteți face pentru a-l ajuta (Capitolele 1–5);
- vă gândiți să solicitați ajutor de specialitate pentru dumneavoastră și pentru copil, dar nu știți de unde să începeți (Capitolul 7);
- cineva a sugerat că copilul dumneavoastră ar trebui să fie „evaluat psihologic", însă nu știți ce implică acest lucru (Capitolul 6);
- vă întrebați cum să evaluați o anumită recomandare de tratament pentru copilul dumneavoastră (Capitolele 8–11)
- copilul primește deja un tratament și nu știți cum să vă dați seama dacă este bun (Capitolele 8–11);
- sunteți îngrijorat cu privire la costurile serviciilor de sănătate mentală, aveți întrebări legate de aspectele practice ale tratamentului sau doriți o listă cu referințe bibliografice sau resurse de pe internet (Capitolul 12 și Anexa).

Cartea se adresează totodată medicilor pediatri care doresc să se consulte cu un psihiatru de copii în cazul unui preșcolar, al unui copil de vârstă școlară sau al unui adolescent, însă nu are cum. Pediatrii pot recomanda această carte părinților care au întrebări despre dificultățile emoționale și de comportament ale copilului sau adolescentului lor.

În plus, cartea este o sursă de informații și pentru profesioniștii din afara domeniului medical, cum ar fi asistenți sociali, psihologi și consilieri, din domeniul sănătății mentale a copilului.

Ea abordează aspecte cum ar fi tratamentul medical, testarea psihologică şi perspective de înţelegere şi de tratare a anumitor simptome (de exemplu, anxietatea, agresivitatea, schimbările de dispoziţie şi accesele de furie).

Vă aştept cu interes comentariile şi sugestiile despre carte la www.backontrack.kentalan.com.

CUM SĂ UTILIZAŢI ACEASTĂ CARTE

În continuare, voi descrie conţinutul fiecărui capitol, astfel încât să puteţi căuta rapid informaţiile dorite. La fiecare capitol în parte, recomand citirea mai întâi a introducerii şi a structurii, ceea ce vă va oferi idei principale pe care să le reţineţi în vreme ce parcurgeţi restul informaţiilor.

De asemenea, puteţi citi cartea progresiv, de la început spre sfârşit. Capitolele urmează stadiile pe care le puteţi parcurge atunci când încercaţi să vă ajutaţi copilul să revină pe calea cea bună. La început, vă daţi seama că ceva nu este tocmai în regulă. Apoi, încercaţi să înţelegeţi dificultatea copilului dumneavoastră şi să identificaţi ce puteţi face dumneavoastră. Dacă hotărâţi să apelaţi la ajutor de specialitate, cea de-a doua parte a cărţii vă va conduce prin etapele căutării, înţelegerii şi evaluării tratamentului.

CE CUPRINDE ACEASTĂ CARTE?

Cartea este structurată în două părţi. **Partea I** (Capitolele 1–5) are în vedere lucrurile pe care le puteţi face pe cont propriu, pentru a vă înţelege şi ajuta copilul.

Capitolul 1, *Ce este de făcut când credeţi că fiul sau fiica dumneavoastră are o problemă*, vă conduce printre întrebări şi răspunsuri

menite să vă ajute să gândiți în termeni mai clari și cu mai mare atenție tot ce este legat de starea emoțională sau comportamentul copilului. Răspunsurile și exemplele vă pot ajuta să decideți dacă este cazul să apelați la ajutor de specialitate.

Capitolul 2, *Semnalele de alarmă: lista alfabetică a simptomelor*, enumeră simptome care vă pot stârni îngrijorare: emoții (anxietate, depresie, ostilitate și rușine) sau comportamente (agresivitate, utilizare de droguri, încăierări și impulsivitate) care v-au atras atenția. Fiecare simptom este discutat din mai multe puncte de vedere, inclusiv din perspectivă psihologică. Veți găsi câteva modalități practice de a răspunde copilului dumneavoastră la nivel personal și, uneori, la întrebarea dacă tratamentul profesional are rost, inclusiv care tip este cel potrivit.

Capitolul 3, *Perturbări în dezvoltare: copilul ca întreg*, vă ajută să vedeți problema copilului dumneavoastră într-un cadru care ia în considerare vârsta copilului, precum și numeroasele sarcini care fac parte din procesul creșterii la vârsta respectivă. Acest capitol vine să contrabalanseze abordarea simptomului ca „semnal de alarmă" din Capitolul 2.

Am în vedere patru grupe de vârste: copilul aflat la vârsta învățării mersului, preșcolarul, copilul de vârstă școlară și adolescentul. Simptomele copilului dumneavoastră își au rădăcinile într-o întârziere, într-o întrerupere sau o perturbare a unui stadiu normal sau a unei sarcini în procesul de creștere. Prin urmare, pentru fiecare stadiu în parte voi discuta patru categorii generale de sarcini de dezvoltare implicate în procesul creșterii: gestionarea corpului, modularea emoțiilor, implicarea în relații și dobândirea de cunoștințe despre lume (procesarea informațiilor). Perspectiva dezvoltării vă ajută să vă gândiți mai clar care anume dintre sarcinile asociate creșterii prezintă risc mai mare de a fi un obstacol pentru copilul dumneavoastră și cum să abordați cel mai bine aceste obstacole.

Capitolul 4, *Zece pași pentru a vă ajuta copilul să revină pe calea cea bună*, cuprinde idei și activități importante, indiferent de

problema pe care o are copilul. Aceste sugestii vă vor ajuta, pe dumneavoastră şi pe copil, să stabiliţi o legătură mai strânsă şi să fiţi mai rezilienţi pentru a realiza sarcina de revenire pe calea cea bună, indiferent de implicarea unui specialist.

Capitolul 5, *Gestionarea sentimentelor dumneavoastră când copilul suferă*, abordează tipurile de experienţe emoţionale pe care le puteţi trăi, cum ar fi vinovăţie, ruşine, teamă, furie şi tristeţe, atunci când copilul are dificultăţi psihologice şi comportamentale. Recomand tuturor „Rugăciunea de seninătate a părintelui" care vă ajută să gestionaţi durerea cauzată de faptul că nu vă puteţi îndeplini toate speranţele pentru a vă proteja şi îngriji copilul.

Partea a II-a (Capitolele 6–12) se referă la ceea ce trebuie să ştiţi pentru a utiliza aşa cum se cuvine resursele de specialitate care pot fi de folos copilului. Înainte de toate, voi face o foarte scurtă trecere în revistă a schimbărilor în ceea ce priveşte tratamentul sănătăţii mentale a copilului, începând cu anul 1975, pentru a putea înţelege mai bine funcţionarea actuală a sistemului de îngrijire a sănătăţii mentale a copilului. De asemenea, voi avea o abordare critică a accentului care se pune în prezent pe perspectiva biologică/farmacologică în tratamentul dificultăţilor copilului.

Capitolul 6, *Evaluarea şi testarea: de ce, ce, cine şi unde?*, dezbate ce anume implică o evaluare cu diverse tipuri de specialişti. Am insistat pe evaluarea şi testarea psihologică şi neuropsihologică, deoarece acestea stârnesc cea mai mare confuzie în rândul părinţilor. În acest capitol clarific ce sunt aceste teste şi de ce sunt utilizate.

Capitolul 7, *Întrebări despre tratament: cine sunt persoanele care oferă ajutor şi unde se află ele?*, abordează sarcina complexă de găsire a specialistului în sănătate mentală potrivit pentru tratarea copilului dumneavoastră. Veţi afla despre mai multe categorii de clinicieni, despre pregătirea şi specializarea fiecăruia dintre ei, precum şi despre diferenţele dintre diverse categorii de specialişti. Aceste informaţii vă vor ajuta să găsiţi tipul de clinician cel mai potrivit nevoilor copilului şi, totodată, vă ajută să vă stabiliţi

așteptări realiste cu privire la ce servicii furnizează un anumit specialist. De asemenea, capitolul cuprinde și o descriere a diferitelor tipuri de cadre în care copilul poate beneficia de tratament.

Capitolul 8, *Psihoterapia și efectele sale secundare*, cuprinde o trecere în revistă a fiecărui tip de terapie individuală (cognitiv-comportamentală, dialectic-comportamentală, psihodinamică, interpersonală și psihanalitică), precum și a terapiilor nonindividuale (de grup, familială, grup de abilități de terapie dialectic-comportamentală). Urmează o secțiune de întrebări și răspunsuri care vin în întâmpinarea unor îngrijorări des întâlnite ale părinților, cu privire la psihoterapie. Capitolul se încheie cu o discuție referitoare la efectele secundare care pot apărea pe parcursul tratamentului psihologic.

Capitolul 9, *Medicamentele și efectele lor secundare*, conține informații despre categoriile de tratamente farmacologice disponibile. Am abordat principiile călăuzitoare implicate în tratamentul medical al copiilor și am răspuns întrebărilor obișnuite care se pot ivi. În acest sens, am folosit termeni psihologici pentru a explica modul în care medicația poate fi utilă în problemele comportamentale și emoționale.

Capitolul 10, *Terapii complementare și alternative și efectele lor secundare*, oferă informații despre cinci categorii de tratamente complementare și alternative (TCA): fitoterapii, managementul vitaminelor și al dietei, meditație și relaxare, neurofeedback și terapie de integrare senzorială. TCA sunt utilizate pe scară largă în SUA; acest capitol prezintă principii și informații de bază utile, inclusiv indicații bibliografice și resurse despre TCA, disponibile pe internet.

Capitolul 11, *Rolul jocului în psihoterapia individuală, de la copilărie la adolescență*, analizează modul în care jocul poate fi utilizat în tratamentul psihologic al copiilor și adolescenților. Voi discuta îndeosebi terapia prin joc, o formă de tratament psihologic în care jocul constituie elementul central al schimbării și îmbunătățirii. Acest capitol explică modul în care ajută terapia prin joc, precum și aspectele ei practice.

Capitolul 12, *Costurile tratamentului: bani, energie şi timp*, descrie la ce solicitări puteţi fi supus ca părinte atunci când copilul se află în tratament. Am punctat aspecte care trebuie reţinute dacă veţi avea de-a face cu companii de asigurări sau cu instituţii publice.

Anexa, *Bibliografie pentru autoajutorare*, oferă numeroase resurse care vă pot fi de folos în a vă înţelege mai bine copilul şi a-l ajuta. Am întocmit o listă a cărţilor despre parentaj şi autoajutorare despre tulburări specifice, precum şi site-uri web cu informaţii şi ajutor. Aceste resurse vor fi utile în sine sau vor suplimenta ajutorul primit din partea unui specialist. Fiind mai bine informat, vă veţi putea ajuta mai mult copilul şi veţi participa mai activ la tratamentul său.

DE CE AM SCRIS ACEASTĂ CARTE

Cartea de faţă este izvorâtă din experienţa mea de 30 de ani ca psihiatru de copii. Am lucrat în clinici, şcoli, într-un program de tip rezidenţial şi în cabinete particulare. Activitatea mea în aceste medii mi-a solicitat experienţa medicală şi pe cea farmacologică, formarea în psihologia dezvoltării copilului şi a problemelor de dezvoltare, precum şi formarea într-o serie de psihoterapii.

În fiecare mediu, prima persoană care mă contacta în legătură cu problema copilului era de obicei părintele. Părinţii au întotdeauna o serie de întrebări. Acestea depind de locul în care se află pe calea ajutării copilului cu probleme comportamentale şi emoţionale. Dacă se află la începutul acestui drum, întrebările se referă, în general, la identificarea cauzei problemei. Mai departe, părinţii vor să afle dacă pot face ceva mai mult, în sensul ajutării copilului, şi ce tip anume de ajutor de specialitate este necesar sau disponibil. Cineva care se află în această situaţie de ceva vreme are întrebări mai ales despre tratamentele de care

a beneficiat copilul şi se întreabă cum anume le poate evalua rezultatele, dar şi ce alte tipuri de tratament să aibă în vedere. Indiferent de locul în care se află pe această cale a ajutării copilului, părinţii au propriile lor reacţii emoţionale la chinurile copiilor, cărora trebuie să le facă faţă.

Întrucât psihiatrii pentru copii au atât cunoştinţe şi abilităţi medicale, cât şi psihologice, ei sunt adesea cei mai căutaţi. Acolo unde locuiesc eu, precum şi în multe zone ale SUA, nu există suficient de mulţi psihiatri de copii, de fapt nu există suficienţi specialişti în sănătatea mentală a copilului care să furnizeze ajutor atunci când este nevoie. Prin urmare, numărul de apeluri telefonice de la părinţi îngrijoraţi, stresaţi şi frustraţi care au întrebări cu privire la tratamentul psihologic al copilului este mult mai mare în comparaţie cu numărul de întâlniri faţă-în-faţă pe care le am. Aşadar, în încercarea de a ajuta părintele cu care nu mă pot vedea, am început să acord consultaţii telefonice de 15–20 de minute. Am început să mă întreb dacă nu cumva acest tip de consultaţie scurtă poate fi un subiect de carte.

Structura generală a cărţii se bazează pe tipurile de subiecte ivite în aceste consultaţii telefonice. Ea a fost extinsă pentru a cuprinde şi alte zone importante din celelalte consultaţii pe care le-am avut cu părinţii. Scopurile scrierii acestei cărţi au fost:

- să răspundă întrebărilor specifice despre ce se poate face pentru a ajuta un copil;
- să sprijine eforturile părinţilor de a înţelege dificultăţile prin care trece copilul şi să ajute părinţii să reflecteze în termeni mai clari la acestea;
- să îmbogăţească perspectivele părinţilor cu privire la cauzele şi sensurile simptomelor copilului, precum şi să prezinte atât o perspectivă psihologică, cât şi una medicală/biologică;
- să reducă intensitatea suferinţei părinţilor.

BCU

Sper ca această carte să răspundă cât mai multor dintre întrebările dumneavoastră, însă cu certitudine nu este un substitut al unei consultații reale cu un specialist în sănătate mentală.

O SCURTĂ CONSULTAȚIE

O femeie care părea că are în jur de treizeci de ani a sunat în legătură cu fiica ei în vârstă de șapte ani. Fetița ei fusese consultată de un terapeut de copii din apropiere. Acesta a considerat că fetița are nevoie să fie văzută de un psihiatru de copii și că poate necesita tratament medicamentos pentru depresie. Terapeutul se bucura de o reputație bună. I-am spus mamei că, deși nu aveam timp să le primesc într-o consultație pe ea și pe fiica ei, aș putea să discut cu ea la telefon și să-i ofer niște recomandări. A părut că ezită, dar în același timp că apreciază propunerea mea.

Am presupus că fata avea simptome suficient de severe încât să fie diagnosticată ca depresivă, așa cum spusese terapeutul, însă am cugetat în sinea mea că erau mai multe de spus. Adeseori, atunci când un copil este deprimat, în situația familială a intervenit o pierdere majoră sau o schimbare (cum ar fi un deces, un divorț recent sau lipsa îndelungată a unuia dintre părinți, din cauza programului de la noul loc de muncă). Uneori, schimbările par mai puțin dramatice: copilul a fost mutat la altă școală, nașterea unui frățior sau a unei surioare, plecarea la colegiu a unui frate sau a unei surori mai mari sau îmbolnăvirea unui profesor care nu mai predă.

Am întrebat-o pe mamă când au început simptomele. Mi-a răspuns că fiica ei devenise extrem de depresivă cu zece zile în urmă. Plângea „tot timpul" din pricina unor lucruri aparent lipsite de însemnătate. Izbucnea adesea în lacrimi atât la școală,

cât şi acasă. Fata părea de neconsolat, iar mama se simţea copleşită de chinul fetei.

Nu-şi dădea seama ce anume schimbări importante ar fi putut interveni în viaţa fiicei ei. Am întrebat-o dacă fetiţa se mai purtase astfel şi înainte; mi-a răspuns că nu, fiica ei era în mare măsură fericită. Cu toate acestea, mi-a relatat că, atunci când fetiţa avea patru ani, prezentase anumite comportamente ce ridicaseră semne de întrebare care duseseră la câteva şedinţe cu un terapeut. Anterior, fata nu prea se plânsese în legătură cu vreo durere fizică. Totuşi, în săptămâna care trecuse izbucnea în lacrimi chiar şi din cauza unor lucruri minore şi spunea că se teme că va trebui să sufere rănile „toată viaţa". În plus, mama mi-a spus că fiica ei vorbea rareori despre sentimentele ei. Totuşi, în weekendul anterior, mărturisise că se simţise „ruşinată" la şcoală şi părea că trăieşte un sentiment de vinovăţie. Izbucnind în lacrimi, o întrebase pe mamă dacă urma să o pedepsească. Femeia a fost zguduită de acest fapt, întrucât nu obişnuia să o pedepsească.

Am întrebat dacă au existat schimbări majore. Mama nu a putut identifica niciuna de acest fel, nici chiar după ce am enumerat o listă lungă de posibilităţi. Intenţionam să evaluez cât de severă este „depresia" fiicei şi dacă aceasta prezenta gânduri sau comportamente suicidare. Nici vorbă. De asemenea, nu existau nici tulburări majore în somnul sau în apetitul alimentar al copilului. M-am simţit liniştit să constat că nu se afla într-un pericol imediat. Însă suferinţa emoţională a fetei şi îngrijorarea mamei erau puternice.

Am adresat întrebări şi în legătură cu situaţia familială. Astfel, am aflat că mama era căsătorită şi că soţul era şi el îngrijorat cu privire la fiică, singurul lor copil. Mi-am spus că trebuie să fie foarte dificil pentru această mămică tânără care nu mai avea alţi copii cu care să o poată compara pe fetiţă. Investise emoţional foarte mult în fiica ei, iar suferinţa emoţională a fetei declanşa multă suferinţă şi în mamă. Am întrebat despre experienţa ei în ceea ce priveşte suferinţa fiicei. Mi-a mărturisit că, în ciuda

faptului că făcea tot ceea ce putea pentru copilul ei, atât verbal, cât şi fizic, se simţea mai degrabă neajutorată. Totuşi, a adăugat ea, fusese foarte surprinsă atunci când micuţa i-a povestit terapeutului de copii că mama o ajuta foarte mult atunci când ea era supărată. Mama era îngrijorată că, deşi făcea tot ceea ce credea că poate face, nu remarcase nicio schimbare pozitivă la fiica sa.

Am întrebat-o pe mamă care crede ea că este cauza tulburării fiicei. Mi-a spus că bănuieşte că fata trece printr-un fel de schimbare a stadiului de dezvoltare şi că începe să trăiască emoţiile şi relaţiile într-un nou mod. Mama fetiţei era de părere că fiica era „răvăşită" de acest avânt al sentimentelor.

Am cugetat că este posibil ca mama să fi identificat exact motivul, dar că dorea ca fiica să treacă mai repede decât era posibil peste această suferinţă. Am observat contrastul dintre afirmaţiile limpezi ale fetiţei cu privire la ajutorul primit de la mamă şi sentimentul de neajutorare al mamei. I-am spus că, din cele afirmate de ea, rezulta că apreciase în mod corect situaţia. Cu alte cuvinte, fata trecea prin nişte schimbări semnificative de dezvoltare şi se simţea copleşită. Am încurajat-o să asculte mai mult la ceea ce spunea fata. I-am sugerat că ar putea să tolereze mai uşor suferinţa fiicei ştiind că îi era de ajutor, chiar dacă nu aşa cum şi-ar fi dorit să fie.

Apoi, am abordat problema depresiei şi a tratamentului cu medicamente. Mama şi-a exprimat îngrijorarea ei cu privire la „dezechilibrul chimic" ca fiind un aspect subiacent al dificultăţii fiicei ei. I-am explicat că, în conformitate cu principiile psihiatrice formale, diagnosticul de depresie necesită simptome care să dureze cel puţin două săptămâni, iar în cazul fetiţei era vorba de doar zece zile. Motivul pentru care, pentru a stabili diagnosticul, este necesară perioada de două săptămâni este că, adesea, simptomele depresiei apar ca o reacţie trecătoare la anumite circumstanţe sau la o schimbare. De multe ori, starea se ameliorează pe măsură ce persoana se adaptează la schimbare sau când circumstanţele se îmbunătăţesc. Am bănuit că starea copilului era

legată de niște pași majori din dezvoltarea sa, pe care-i realiza și pe care-i integra cu greutate. Fetița avea nevoie de timp, sprijin și încurajare în sensul că emoțiile ei „erau firești". Am îndrumat-o pe mamă să se întoarcă la terapeut împreună cu fiica ei, cel puțin pentru câteva săptămâni. Terapeutul o putea ajuta pe micuță să transpună în cuvinte și să organizeze starea prin care trecea și, totodată, o putea ajuta pe mamă să-și abordeze propriile îngrijorări.

I-am dat numele unui psihiatru de copii local, pentru a putea beneficia de o consultație față în față. I-am explicat că, dacă nu se întâmplă ceva mai mult decât ceea ce-mi spusese mie, probabil că nu avea să-i fie prescrise imediat medicamente. Acestea pot fi utile în cazul unei probleme emoționale intense, fie că este vorba de un diagnostic clar de depresie sau că este rezultatul unei etape de dezvoltare. Cert este că poate dura între zece zile și trei săptămâni până apare un efect. I-am sugerat mamei că cel mai bun lucru pe care-l putea face în acel moment era să continue să fie bună și înțelegătoare. Aceste comportamente aveau să fie sprijinite de ședințele frecvente de terapie, atât pentru mamă, cât și pentru fiică, probabil de două ori pe săptămână în următoarele trei săptămâni.

În timp ce discutam cu mama fetiței, aveam în minte trei lucruri:

1. Îmi doream să o ajut să se gândească mai clar la ceea ce se întâmpla cu fiica ei și să se bazeze pe rațiunea bunului-simț.
2. Voiam să înțeleagă că putea diminua stresul fiicei sale.
3. Îmi doream să o ajut să înțeleagă mai bine utilizarea medicamentelor.

O parte substanțială din capacitatea mamei de a-și ajuta fiica provenea din atașamentul ei emoțional. Atunci când mama încerca să o aline și să o îndrume în acea perioadă dificilă, forța acestui atașament năștea în fiică speranță și optimism. Considerarea acestei situații doar ca un „dezechilibru chimic" ce putea

fi rezolvat numai cu ajutorul medicamentelor diminua sprijinul pe care i-l putea oferi copilului. Cu un ajutor modest din partea terapiei, am gândit că mama avea să fie principalul punct de sprijin al fetei în timpul unei tranziții stresante și dificile. Am ținut să subliniez că disconfortul fetiței apăruse de destul de puțin timp, că problema nu reprezenta o amenințare pentru viața copilului și nici nu era extrem de chinuitoare. Existau șanse mari ca intervenția psihoterapeutică să se bucure de rezultate pozitive. Amânarea începerii administrării de medicamente părea o decizie înțeleaptă.

Cu toate acestea, știam și că există riscul ca ajutorul mamei singur să nu fie suficient. Uneori, simptomele unui copil sunt atât de intense, încât, fără tratament medicamentos, capacitatea de sprijin a unui părinte să nu poată face față.

Am gândit că abordarea mea, de a aștepta și a vedea ce se întâmplă mai departe, putea fi pricinuită de distanța la care mă aflam față de experiența directă. Probabil că, dacă aș fi fost în legătură directă cu senzația de neajutorare a mamei și cu problema fetiței, nu aș fi avut ezitări cu privire la utilizarea imediată a medicamentelor. Totuși, aflasem despre problemă la ceva vreme după ce aceasta trecuse, iar stresul resimțit nu era așa apăsător. Totodată, am fost pus în temă de înțelegerea intuitivă a mamei cu privire la fiica ei și la receptivitatea fetiței în ceea ce privește grija mamei ei. Aceste motive laolaltă m-au făcut să reușesc să o fac pe mamă să înțeleagă mai clar ajutorul pe care-l putea oferi fiicei ei și pe care medicamentele nu-l puteau asigura.

CE ÎNSEAMNĂ „ÎNAPOI PE CALEA CEA BUNĂ"

Această carte a fost gândită ca un ghid cu scopul de a vă ajuta copilul să-și revină pe calea cea bună, la starea de sănătate și plenitudine. Indiferent de cale, *dumneavoastră* ca părinte sunteți

foarte important pentru succesul călătoriei copilului. Cartea de față vă ajută să deveniți cel mai bun sprijin pentru copilul dumneavoastră.

Înlăuntrul fiecărei persoane se află o forță extraordinară care o împinge către completitudine și sănătate. Această forță își intră-n rol atunci când trupurile noastre se vindecă de pe urma unei boli sau a unei răni. Totodată, ne impulsionează mintea și sufletul să se refacă după atacuri psihologice și emoționale. Această forță este întărită când suntem susținuți și slăbește când suntem neglijați. Însă ea există în sine, separată și diferită de ceea ce facem noi.

Părinților le este dificil să echilibreze două adevăruri referitoare la această forță:

- Avem o putere imensă de a hrăni sau de a diminua această forță autotămăduitoare dinlăuntrul copiilor noștri, mai ales când sunt mici.
- Reușim doar în mică măsură să orientăm sau să controlăm această forță, mai ales când copiii cresc.

Atunci când respectați forța pozitivă care propulsează creșterea și dezvoltarea copiilor, aveți în vedere autonomia, voința, independența, speranțele sau alegerile copilului. Înțelegeți că în interiorul copilului există mereu elemente care tind către integritate, către sănătate sau către „calea cea bună". Se poate ca uneori să aveți senzația că această forță nu este prezentă în copilul dumneavoastră, mai ales dacă el persistă într-un curs al lucrurilor care pare foarte dureros. Însă forța pozitivă este mereu prezentă, deși poate fi subminată de o înțelegere greșită, de confuzie, de emoții distrugătoare sau de ignoranță. Când sunteți conștient de această forță pozitivă, sunteți înclinat să vă vedeți rolul mai degrabă ca fiind unul de sprijin, de orientare și de susținere, și nu ca unul de direcționare și de decizie.

Această perspectivă vă ajută să vă simțiți mai puțin împovărat de așteptări nerealiste despre cum să îl puteți face pe copil să se simtă sau să gândească într-o anumită manieră. Chiar și fără această povară nerealistă, tot este foarte dificil să îndrumați, să sprijiniți și să ajutați copilul să se dezvolte ca individ capabil să-și poarte singur de grijă și să aibă grijă și de alții. Astfel, am preferat să folosesc în titlul acestei cărți sintagma *„Ajutați-vă* copilul sau adolescentul să revină". Nu se poate să aduceți copilul pe calea cea bună, pur și simplu; nu puteți decât să-l *ajutați* pe copil în această misiune.

Nu este întotdeauna clar ce înseamnă „pe drumul cel bun". Poate că fiul sau fiica dumneavoastră o duce bine, însă apar schimbări bruște și supărătoare. Aparent, copilul „a deraiat", iar dumneavoastră nu doriți decât să-l aduceți la starea inițială a lucrurilor. Acest model funcționează de multe ori, însă există și momente în care lucrurile sunt mai complicate.

În primul rând, ceea ce pare „deraiere" — însoțită de mult zgomot, tensiune și scântei — poate fi iscată chiar de faptul că fiul sau fiica se află exact în starea care trebuie. De pildă, copilul poate fi pe calea cea bună, în ciuda „tensiunii și a scânteilor", deoarece se îndreaptă către o nouă etapă de dezvoltare, cum ar fi începutul adolescenței. Sau poate că se confruntă cu o tranziție neașteptată (cum ar fi adaptarea la divorțul părinților), perioadă în care sentimentele perturbatoare (de frică, furie sau tristețe) sunt firești.

În al doilea rând, emoțiile sau comportamentele copilului care „deraiază" pot constitui un indiciu util pentru părinte despre faptul că este ceva care nu funcționează cum trebuie în cadrul familiei, la școală sau în cercul social al copilului. Din această perspectivă, copilul dumneavoastră se află în situația normală de a exprima problema pe care o are. Așadar, copilul poate fi simultan pe alături de calea cea bună (vorbind despre simptom) și chiar pe calea cea bună (dacă ne referim la comunicare).

În al treilea rând, copilul poate *părea* că se simte bine cu câteva simptome care ilustrează faptul că a luat-o „pe alături".

Totuşi, peste ani, fiul sau fiica dumneavoastră adultă vă mărturiseşte că în acea perioadă timpurie a vieţii a fost una de „deraiere". La momentul respectiv, nu ştiaţi cât de adâncă e problema copilului.

Aşadar, de cele mai multe ori este destul de clar dacă fiul sau fiica dumneavoastră se află sau nu pe calea cea bună. Însă uneori situaţia este destul de incertă, iar cel mai bun lucru pe care-l puteţi face este să toleraţi incertitudinea, să o priviţi cu înţelepciune şi să încercaţi să o înţelegeţi, singuri sau cu ajutorul altor persoane.

În timpul adolescenţei copilului, se poate să aveţi îndoieli deosebit de mari dacă acesta este sau nu pe calea cea bună. În comparaţie cu copiii mai mici, adolescenţii au un cuvânt de spus cu privire la activităţile cotidiene şi la realizarea lor. În această etapă, cuvintele sau comportamentul copilului pot ridica probleme spinoase: „A cui este această cale: a ta sau a mea?", „Cine conduce această «viaţă»?" şi „Oricum, cât de mult control este posibil?" Sunt întrebări complexe şi semnificative cu privire la existenţă care, aşa cum ştiţi şi dumneavoastră, revin în diverse forme şi de mai multe ori pe parcursul vieţii unei persoane.

În ciuda acestor întrebări şi a incertitudinii, vă revine sarcina să înţelegeţi dacă fiul sau fiica dumneavoastră este sau nu pe calea cea bună, mai ales atunci când copilul este mic şi sunteţi considerat îndrumătorul, liderul. Ca părinte iubitor şi responsabil, vă daţi silinţa să vă aduceţi copilul pe calea care pare a fi cea bună. Încercaţi să interveniţi pe cont propriu, ba chiar apelaţi la ajutor de specialitate dacă lucrurile nu merg aşa cum vă aşteptaţi. Tocmai acesta este subiectul cărţii de faţă: ce puteţi face dumneavoastră şi ce pot face specialiştii în sensul atingerii scopului de ajutare a copilului să revină pe calea cea bună.

Sper ca această carte să vă ofere abilităţi mai bune şi cunoştinţe noi cu privire la înţelegerea nevoilor copilului şi la satisfacerea acestora în cel mai bun mod cu putinţă. Volumul poate constitui un îndrumar în găsirea unor modalităţi proaspete de

înțelegere a sensurilor simptomelor copilului și a unor răspunsuri la acestea. Cartea nu se vrea a fi un substitut al evaluării realizate de un specialist în sănătatea mentală a copilului, ci un ghid util pe calea pe care trebuie să o parcurgeți, ca părinte, dacă dumneavoastră și copilul trebuie să apelați la un specialist. Sper, de asemenea, că această carte, cu sau fără ajutor de specialitate, vă va ajuta să înțelegeți mai bine componenta emoțională a vieții copilului și a dumneavoastră.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Partea I
Intervențiile părinților

Materialul din următoarele cinci capitole poate fi util în orice moment, în special înainte de a apela la ajutor de specialitate: înainte de testare, de stabilirea unui diagnostic şi înainte de începerea unui tratament. Aceste capitole sunt utile îndeosebi atunci când:

- evaluați gravitatea stării copilului dumneavoastră;
- încercați să înțelegeți simptomele copilului;
- stabiliți care sunt paşii pe care trebuie să-i faceți, pe cont propriu, pentru a vă ajuta copilul;
- vă confruntați cu reacțiile dumneavoastră emoționale.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 1
Ce este de făcut când credeți că fiul sau fiica dumneavoastră are o problemă

Acest capitol are rolul de a vă ajuta să faceți față întrebărilor și îngrijorărilor care se pot ivi când remarcați pentru prima dată că fiul sau fiica dumneavoastră are o problemă de comportament. Una dintre primele întrebări este dacă sunteți martorul unei simple etape de dezvoltare care necesită mai multă atenție și înțelegere din partea dumneavoastră sau dacă este necesară consultarea unui specialist.

Înainte de a încerca să răspundă la această întrebare, capitolul de față oferă o serie de perspective utile, pentru a afla mai multe cu privire la ce se întâmplă cu copilul dumneavoastră. Prin intermediul unui format simplu, de tipul întrebare-răspuns, informațiile din acest capitol vă vor ajuta să fiți un observator și un

ascultător mai bun. Atunci când veţi încerca să observaţi, să ascultaţi şi să reflectaţi cu mai multă atenţie, anxietatea dumneavoastră se va diminua. În acel moment, vă veţi afla într-o postură mai bună, din care problema copilului va beneficia de intuiţie, cunoştinţe şi înţelegere sporite. Totodată, veţi putea evalua mai bine gravitatea dificultăţilor copilului.

Întrebările şi îngrijorările apar în mod obişnuit când problema pe care o are copilul este nouă pentru părinte. Întrucât copiii se schimbă în permanenţă, părinţii (mai ales cei care sunt părinţi pentru prima dată) se pot confrunta cu destul de multe probleme. De asemenea, din moment ce temperamentul, poziţia în cadrul familiei şi experienţele cu lumea sunt diferite pentru fiecare copil în parte, copiii prezintă provocări diferite, chiar şi pentru un părinte experimentat. Prin urmare, consideraţi că a fi părinte este o slujbă cu formare „la locul de muncă".

Din perspectiva copilului, şi a creşte este o slujbă cu formare „la locul de muncă". Copiii trebuie să facă faţă faptului că se schimbă continuu şi că se confruntă mereu cu situaţii noi, pe care sunt nevoiţi să le rezolve. Ei trebuie să înveţe în mod constant să:

- gestioneze un corp aflat în permanentă schimbare;
- facă faţă emoţiilor schimbătoare;
- se implice în relaţii noi;
- preia informaţii noi despre lume (vezi Capitolul 3 pentru mai multe detalii despre acest aspect).

În unele dintre întrebările şi răspunsurile din acest capitol, utilizez termenul de „sarcină" pentru a mă referi la sarcinile în care copilul trebuie să devină competent, ca parte a procesului de creştere. Acest concept de a avea „sarcini" poate fi de ajutor părintelui în mai multe feluri.

- Este posibil să vă fie mai uşor să vă organizaţi efortul, pentru a înţelege ce se întâmplă cu copilul dumneavoastră.

- Puteți fi mai empatic față de propria persoană și față de copil, cu privire la sarcina dificilă pe care amândoi o aveți de îndeplinit.
- Se poate să vă fie mai ușor să vă detașați de presiunea și de grija apărute atunci când copilul are o problemă, în cazul în care considerați că ajutarea copilului este o „sarcină", pentru care aveți nevoie de timp și de efort.

Îmi amintesc că afirmația lui M. Scott Peck „viața este grea", din primele pagini ale volumului *The Road Less Traveled* („Drumul mai puțin bătut" – 1998), a avut un efect profund asupra mea. Cred că același fel de afirmație simplă și sinceră poate fi făcută și cu privire la sarcinile specifice rolului părintesc și la dezvoltarea fizică și mentală: creșterea copiilor este dificilă, dar și să devii adult e greu.

O altă idee care stă la baza acestui capitol este distincția dintre cine este în realitate copilul dumneavoastră și „problema" pe care acesta o are. „Problema" este o stare dificilă a copilului, însă adesea limitată în timp și care se schimbă. Chiar dacă problemele copilului sunt frecvente sau intense, el are o funcționare bună și nu se simte tulburat. Când încercați să înțelegeți ce se întâmplă cu copilul dumneavoastră, gândiți-vă la părțile lui mai competente și mai capabile. Acest fapt vă este de ajutor îndeosebi când sunteți presați de laturile mai problematice. Procedând astfel, veți putea stabili o legătură cu copilul ca întreg, nu doar cu „problema". Totodată, aveți mai multe șanse să înțelegeți și să vă ajutați copilul.

STRUCTURA CAPITOLULUI 1

Materialul din acest capitol este prezentat sub formă de întrebări și răspunsuri. Primele șapte întrebări abordează aspecte care

se pot ivi atunci când părinții încep să exploreze și să evalueze o schimbare îngrijorătoare observată la copilul lor.

Următoarele trei întrebări pun în discuție problemele care apar în comunicarea dintre părinte și copil: un părinte care se simte prea îndurerat pentru a putea gestiona bine situația, un copil care nu vorbește și confuzia cu privire la faptul dacă este mai bine să se comunice făcând sau spunând un anumit lucru.

Ultimele cinci întrebări abordează chestiunile care se pot ivi în cazul anumitor reacții părinteşti la schimbarea problematică: pedeapsa ca reacție la schimbare, conflictul dintre părinți cu privire la apelarea la ajutor profesional, preocupări referitoare la ce înseamnă tratamentul, precum și griji cu privire la siguranță, în timp ce se așteaptă tratamentul.

Se poate ca unele dintre aceste întrebări să nu se aplice la situația particulară în care vă aflați. Informațiile cu privire la dificultățile specifice ale copiilor de toate vârstele se găsesc în Capitolul 2, *Semnalele de alarmă: lista alfabetică a simptomelor.* Mai multe informații specifice despre dificultățile cu care se confruntă copiii la anumite vârste se găsesc în Capitolul 3, *Perturbări în dezvoltare: copilul ca întreg.*

ÎNTREBĂRI ȘI RĂSPUNSURI

1. CRED CĂ FIUL/FIICA MEA ARE O PROBLEMĂ. CE FAC?

Când începeți să vă faceți griji cu privire la faptul că fiul sau fiica are o problemă, este posibil să vă concentrați fie pe comportament, fie pe emoții.

Dacă sunteți preocupat de comportamentul copilului, probabil că acesta a făcut ceva în mod repetat, pe o perioadă mai lungă, ceva care vă înfurie, vă nemulțumește sau vă întristează. Ca în

exemplele de mai jos, comportamentul copilului dumneavoastră poate fi diferit față de cel din trecut. Sau chiar dacă respectivul comportament nu este nou, vă poate provoca neliniște, din pricină că pare nepotrivit pentru un copil de vârsta respectivă.

- Părinții Pamelei au început să fie îngrijorați când fiica lor de 11 ani, sociabilă înainte, a început să stea mult prea mult timp în camera ei, singură, izolându-se de familie și de copiii de vârsta ei.
- Părinții lui James au devenit neliniștiți în legătură cu fiul lor adolescent atunci când acesta a început să lipsească de la școală.
- Mama lui Frankie a devenit îngrijorată cu privire la fiul ei, elev în clasa a patra, când a descoperit că băiatul făcea pe el și-și ascundea în dulap lenjeria intimă murdară de fecale.

Dacă sunteți îngrijorat în legătură cu emoțiile copilului, de cele mai multe ori este pentru că acesta s-a confruntat cu o supărare, frică sau tristețe intensă, pentru mai mult timp decât de obicei.

- Părinții lui Sally s-au speriat când, fără niciun motiv aparent, fata a început să fie foarte speriată noaptea și atunci când era lăsată la școală.
- Tatăl Barbarei și-a făcut griji când fiica lui de 13 ani, care avea o fire temperată de obicei, izbucnea în lacrimi din cauze aparent neînsemnate sau se înfuria excesiv într-o oarecare situație.

Situațiile-problemă sunt, cel mai adesea, un amestec de comportament și emoții. La o primă confruntare, de multe ori vedem un sigur aspect al problemei. La fel cum încercăm să dibuim obiectele când intrăm într-o odaie întunecată, ochii noștri au nevoie de timp pentru a se adapta la noile condiții, înainte de a vedea tot ce ne înconjoară.

Dacă sunt preocupat mai ales de comportamentul copilului?

Dacă dumneavoastră sau o persoană care cunoaşte bine copilul sunteţi preocupat de felul în care se poartă acesta, gândiţi-vă la experienţele emoţionale ale copilului. Comportamentul este determinat de sentimente şi gânduri. Uneori este cât se poate de uşor să ne dăm seama ce exprimă comportamentul.

- Comportamentul retras şi ezitant poate comunica anxietate sau tristeţe.
- Comportamentul repetitiv, care implică distrugerea de obiecte sau rănirea altor persoane, poate comunica furie şi resentiment.

Alteori, se poate ca înţelegerea sentimentelor subiacente pe care le exprimă comportamentele să nu fie uşoară. Printre acestea se numără:

- comportamente problematice, cum ar fi furtul, minciuna, abuzul de substanţe, impulsivitatea, gesturile compulsive sau o tulburare alimentară;
- trăsături generale, ca de exemplu controlul, pretenţiile şi comportamentul opoziţionist.

Părinţii Pamelei au început să se întrebe dacă nu cumva retragerea fetei era un indiciu al faptului că se simţea tristă sau deprimată. Părinţii lui James au început să se gândească dacă lipsa de la şcoală a băiatului însemna că acesta era îngrijorat de ceva anume. Mama lui Frankie a început să se întrebe dacă murdărirea lenjeriei de către fiul ei era un semn al imaturităţii lui şi al faptului că, de multe ori, se simţea confuz şi copleşit de ceea ce i se cerea acasă şi la şcoală.

Este util să vă întrebaţi „Care sentimente şi gânduri *pot* să-l determine pe copilul meu să se poarte astfel?" Capitolul 2 oferă

răspunsuri la aceste întrebări cu privire la comportamente specifice.

Dacă sunt preocupat în special de emoțiile copilului?

Puteți să remarcați că fiul sau fiica dumneavoastră trece printr-un stres emoțional, însă nu-i acordați o semnificație prea mare deoarece comportamentul copilului este „în regulă". Totuși, dacă sunteți atent la purtarea lui când se află într-o frământare emoțională, se poate să remarcați existența unei probleme. Un copil deprimat poate avea o tulburare alimentară ascunsă. Un copil anxios sau deprimat poate avea rezultate slabe la școală și să nu arate părintelui carnetul de note. Un copil iritabil sau în permanență furios poate să facă abuz de substanțe, fără știrea părinților.

> Părinții lui Sally erau îngrijorați de teama și tristețea pe care fetița lor le afișa acasă și au discutat cu profesoara. Aceasta le-a spus că fata devenise foarte autoritară și revendicativă față de prietena ei Lois. Această schimbare apăruse după ce o a treia fetiță venise în clasă și Lois începuse să se joace mai mult cu noua colegă decât cu Sally.

Dacă vi se pare că doar trăirile copilului prezintă probleme, căutați și modificările de comportament. Veți avea astfel prilejul de a oferi sprijin într-o anumită zonă dificilă care însoțește sentimentele de distres ale copilului. În Capitolul 3 sunt discutate pe îndelete problemele emoționale specifice.

2. CUM POT ȘTI DACĂ EMOȚIILE ȘI COMPORTAMENTUL COPILULUI MEU PREZINTĂ PROBLEME GRAVE?

Să analizăm de ce adesea este atât de dificil să abordăm rațional acest aspect.

Negarea

Este greu să acceptați că fiul dumneavoastră, pe care-l iubiți atât de mult, are o suferință emoțională. Probabil că doriți să minimalizați acest aspect sau chiar să nu vedeți problema. Aceasta se întâmplă mai ales când copilul are o suferință emoțională pe care o puteți recunoaşte ca fiind prezentă, însă pe care o înțelegeți cu greu deoarece este foarte intensă sau se întinde pe o perioadă foarte lungă.

Tatăl lui Mary a înțeles de ce fiica lui s-a întristat când cea mai bună prietenă a ei a devenit cea mai bună prietenă a altcuiva. S-a gândit şi a sperat că în câteva zile tristețea avea să-i treacă. După două zile, tatăl a început să glumească şi s-o tachineze în legătură cu incidentul, iar fata a simțit că el „nu ia în serios" cât de rănită, de tristă şi de singură se simte.

De asemenea, se poate să vă vină greu să acceptați suferința emoțională a copilului dumneavoastră, mai ales când sursa acesteia pare cu totul misterioasă sau nesemnificativă.

Sandra era bucuroasă că fiica ei adolescentă, Cathy, nu avea probleme cu greutatea corporală, cum avea ea. Sandra era mândră de faptul că fata ei era slabă şi arăta bine. Ca urmare, la început a fost destul de uimită în legătură cu cât de agitată şi disperată a fost Cathy când, cu ocazia unei programări la medic, a aflat că în luna anterioară se îngrăşase cu 250 de grame. Sandra se întreba de ce fiica ei se agita atâta din cauza unei creşteri foarte mici în greutate. Era aşa de încântată de înfățişarea fiicei ei, încât nu a băgat de seamă adevăratul sens al tulburării emoționale a lui Cathy: fata se confrunta cu o tulburare alimentară.

Uneori, ca părinte, nu vedeți suferința emoțională a copilului din pricină că sunteți profund implicat într-o situație dureroasă

din propria dumneavoastră viaţa, astfel încât nu puteţi face faţă şi problemei copilului.

Joe s-a simţit foarte vinovat şi jenat când căsnicia lui s-a încheiat cu divorţ. Sentimentul său de vinovăţie era atât de copleşitor, încât nu a fost în stare să remarce că depresia fiului său legată de divorţ a contribuit la diminuarea energiei emoţionale şi fizice de a juca baschet a băiatului. Joe s-a supărat pentru că fiul său nu a fost acceptat în echipă, crezând că băiatul este leneş, nu deprimat.

Dacă aţi avut acest tip de reacţie, probabil a fost din cauză că aţi vrut să evitaţi încă o suferinţă emoţională. Această dorinţă vă împiedică să înţelegeţi că starea emoţională sau comportamentul copilului dumneavoastră necesită o atenţie crescută. Cu cât acceptaţi mai repede şi acţionaţi în sensul rezolvării problemelor copilului dumneavoastră, cu atât acţionaţi mai mult în sensul diminuării negării.

Schimbarea

Copilul dumneavoastră se află în permanentă creştere şi schimbare. În mijlocul schimbării, poate fi greu de stabilit dacă ceea ce vedeţi este sau nu un element normal al transformării. Acest proces de tranziţie se adaugă la dificultatea de a fi părinte.

De multe ori, schimbarea este bine-venită şi, simultan, o sursă de alinare. Totuşi, este posibil ca la o schimbare să răspundem cu anxietate, îngrijorare, tristeţe sau cu furie. Chiar şi schimbările cotidiene pot constitui un factor de stres. Iritarea noastră faţă de o situaţie provine adesea din dorinţa ca schimbarea să nu se fi întâmplat. Această rezistenţă la schimbare poate face ca importanţa transformării să fie greu înţeleasă.

Lui Frances îi plăcea să fie mama unui copil mic. Era încântată să fie în permanenţă prezentă şi grijulie, să ofere îmbrăţişări şi

alinare atunci când era nevoie. Le-a mărturisit prietenilor şi membrilor familiei că a fost foarte tristă când „băieţelul" ei a început şcoala. Atunci când fiul ei, Joey, a părut mai anxios decât ceilalţi băieţi din cauza separării de mamă, s-a întrebat dacă nu era „prea ataşat" de ea. Şi-a pus problema dacă băiatul dădea dovadă de un grad normal de anxietate cu privire la o situaţie nouă sau dacă avea o reacţie exagerată la tristeţea şi anxietatea mamei faţă de separare.

Poate că şi dumneavoastră aveţi aceleaşi incertitudini. Oare retragerea fiului dumneavoastră în camera lui reflectă o depresie sau este vorba doar de sentimente trecătoare de jenă ca reacţie la schimbările corporale şi modificarea intereselor? Nerespectarea repetată a orei de întoarcere acasă de către fiica dumneavoastră este începutul unei tulburări opoziţionale cu o depresie subiacentă sau o simplă reacţie de independenţă socială crescută şi supraveghere adultă scăzută?

Comportamentul copilului poate fi totodată influenţat şi de alte schimbări, cum ar conflictul între soţi, separarea sau divorţul acestora. În acest caz, derutarea dumneavoastră poate fi combinată cu îngrijorarea că, într-un fel, sunteţi de vină pentru schimbarea cu care trebuie să se confrunte copilul.

Este firesc să vă simţiţi derutat şi confuz cu privire la maniera în care ar trebui să răspundeţi la noile situaţii, mai ales atunci când nu v-aţi familiarizat îndeajuns de mult cu o situaţie, încât să ştiţi ce e de făcut. Este nevoie de timp pentru a face faţă schimbării: să învăţaţi, să reflectaţi, să vă fie mai limpede ce anume simţiţi şi să decideţi care este cea mai bună reacţie.

Complexitatea

Interacţiunile părinţi–copii devin din ce în ce mai complexe pe măsură ce copilul creşte. Acesta îşi administrează emoţiile şi relaţiile şi reacţionează la lumea din jur. Are prietenii şi schimburi încărcate emoţional cu oameni pe care probabil nici nu-i

cunoaşteţi. Trebuie să facă nişte alegeri şi să înţeleagă nişte lucruri cât e ziua de lungă, atunci când nu sunteţi în preajma lui.

Pe de altă parte, şi dumneavoastră vă confruntaţi cu sarcini similare. De pildă, la serviciu interacţionaţi cu oameni care vă influenţează emoţiile în chip diferit şi, la fel, şi dumneavoastră hotărâţi cum să abordaţi acele persoane sau diferitele treburi pe care le aveţi de făcut. Adesea, este greu să vă daţi seama dacă îngrijorarea sau enervarea dumneavoastră derivă din propriile probleme sau din cele ale copilului.

> Richard s-a întors acasă mai târziu decât de obicei, după o zi foarte solicitantă. Se întreba dacă are stofă de manager şi simţea că încrederea în sine îi este destul de zdruncinată. L-a chemat la masă pe fiul său, Andrew, care însă nu a venit. Apoi, Richard a strigat la fiul său să închidă telefonul. Andrew a trântit telefonul şi s-a aşezat ursuz la cină. Richard a considerat că fiul nu este respectuos faţă de el şi şi-a simţit ameninţată încrederea în sine, ca tată. Nu ştia că fiul său ezita să încheie conversaţia telefonică pentru că încerca să rezolve un conflict cu un coleg, problemă care-i afectase încrederea în sine. Tatăl era prins în complexitatea propriei sale vieţi şi credea că fiul său nu făcea decât să dea dovadă de lipsă de respect. Nu a remarcat că Andrew avea propriile lui probleme. În acel moment, Richard n-a observat că fiul său avea dificultăţi cu încrederea în sine, parţial şi din pricina propriilor sale probleme de la serviciu.

Dumneavoastră şi copilul dumneavoastră aveţi o serie de experienţe, gânduri şi sentimente separate care nu au legătură cu ceea ce se întâmplă într-un moment sau altul între voi. Este greu să comunici atunci când fiecare are multe pe cap. Veţi putea să reacţionaţi mai bine dacă înţelegeţi complexitatea interacţiunilor părinte-copil. Capitolul 4 oferă unele recomandări cu privire la modul în care puteţi rezolva această problemă.

3. CE PRINCIPII SIMPLE ÎMI SUNT DE AJUTOR PENTRU A ÎNCEPE SĂ ÎNȚELEG GRAVITATEA PROBLEMELOR COPILULUI MEU?

Adesea, când încercați să stabiliți gravitatea problemelor copilului, strădaniile dumneavoastră sunt îndreptate către desluşirea a două căi: dezvoltarea normală şi tulburarea/perturbarea.

În dezvoltarea normală, simptomele sunt temporare, fac parte din procesul creşterii şi se vor rezolva în mare măsură cu ajutorul intervențiilor obişnuite ale părinților.

Când vine vorba de tulburare/perturbare, simptomele au durată mai mare şi pot reprezenta un tipar de comportament considerat ca fiind anormal. *Tulburarea* este un termen medical care se referă în mod specific la un grup de simptome ce apar împreună în mod frecvent şi au o cauză comună. De exemplu, o tulburare depresivă poate avea ca simptome tristeţe extremă, probleme de somn şi o autocritică accentuată. *Perturbarea* este un termen mai general şi, de obicei, se referă la o interferență cu ceea ce este normal. Aceste simptome necesită mai mult decât intervențiile părinteşti tipice. Ele au nevoie de mai mult timp şi mai multă atenție pentru a înțelege şi pentru a stabili cum puteți fi de ajutor, decât „poticnelile" din drumul firesc al creşterii. Uneori este nevoie de ajutor de specialitate.

Următoarele întrebări vă pot fi de folos pentru a stabili dacă simptomele pe care le observați reprezintă o dezvoltare normală sau dacă sunt tulburări/perturbări şi, de asemenea, dacă trebuie să consultați un specialist.

Cât de frecvent este simptomul?

O izbucnire ocazională de furie, care apare o dată la şase luni şi are legătură cu o dezamăgire foarte mare, cum ar fi încheierea unei relații de prietenie, este normală. Însă crizele care apar de două ori pe săptămână sau chiar mai des, în special cele pricinuite de chestiuni minore, indică o tulburare sau o perturbare.

Frecvența, alături de intensitatea, durata sau gravitatea consecințelor simptomului oferă un indiciu mai bun despre cât de repede să apelați la un consult, decât doar cu frecvența unui simptom.

Cât de intens este simptomul?

Supărarea și frustrarea adolescenților față de părinți sunt trăiri firești, însă furia și dezlănțuirea, alături de înjurături, țipete și amenințări nu sunt comportamente comune. Respectarea unui regim alimentar este un lucru obișnuit, însă o preocupare intensă și extremă față de mâncare și greutatea corporală ridică semne de întrebare. Intensitatea are un caracter subiectiv, având în vedere toleranța mai mare sau mai mică a unei persoane în comparație cu alta. Totuși, dacă experiența dumneavoastră cu simptomul copilului este una intensă, comparați-vă percepția cu aceea a unui alt adult.

Cât de mult durează simptomul?

Crizele de plâns ale copilului, izbucnirile de furie sau perioadele de îngrijorare intensă care durează câteva minute sunt mai puțin problematice decât comportamente similare care durează însă mai multe ore. De obicei, stările emoționale au durată scurtă. Comparați durata stării emoționale de îngrijorare a copilului dumneavoastră cu a altor copii de aceeași vârstă, cu a dumneavoastră și cu durata altor emoții ale copilului.

Care sunt consecințele simptomului?

Uneori, emoțiile sau comportamentele perturbatoare pot întrerupe pentru scurtă vreme rutina. Totuși, frecvența școlară redusă, contactul foarte redus cu copii de aceeași vârstă, altercațiile cu poliția sau schimbările dramatice în aspectul fizic ridică mari semne de întrebare cu privire la existența unei tulburări sau a unei perturbări majore care necesită atenție. Când consecința e mai gravă, chiar dacă nu frecventă, trebuie să apelați cât mai repede la ajutor de specialitate.

Cât de neobişnuit sau de „nelalocul lui" este simptomul?

Un copil sociabil şi comunicativ, care îşi accentuează aceste trăsături, nu ridică neapărat probleme, însă un copil care din foarte liniştit şi timid devine extrem de sociabil şi emoţional creează îngrijorare.

De obicei este necesară o consultaţie dacă simptomele sunt frecvente, destul de intense, se întind pe o durată mare de timp şi sunt neobişnuite sau dacă sunt vătămătoare din punct de vedere social, emoţional sau fizic. Pentru mai multe informaţii despre simptome specifice şi ce anume puteţi face pentru a vă ajuta copilul, consultaţi lista de „semnale de alarmă" de la Capitolul 2. Pentru o perspectivă a dezvoltării copilului şi a dificultăţilor acestuia, consultaţi Capitolul 3.

4. ÎN CE ALT MOD POT FACE DISTINCŢIA ÎNTRE DEZVOLTAREA NORMALĂ ŞI TULBURARE/PERTURBARE?

Aflaţi mai multe despre ce se întâmplă din perspectiva copilului. Cel mai bun mod de a face acest lucru este de a vorbi cu el, şi mă refer aici la ascultare. Întrebaţi-l ce simte. Arătaţi-i că sunteţi dispus să ascultaţi ceea ce poate fi dureros sau dificil de auzit. Dacă sunteţi tentat să-i spuneţi dumneavoastră ceea ce simte, trebuie să vă abţineţi.

Probabil vă este teamă că veţi stârni mai multă suferinţă dacă răscoliţi ceva dureros dinlăuntrul copilului. Însă de multe ori se întâmplă exact contrariul. Un copil care împărtăşeşte ceva dureros cu părinţi înţelegători se simte uşurat, deoarece este validat. Acea uşurare este cu mult mai mare decât o sporire scurtă a durerii, care poate apărea la începutul discuţiei.

Totuşi, discutarea unei experienţe dureroase poate să nu meargă bine, întrucât copilul nu-şi poate explica şi nu poate gândi experienţa interioară. Sau poate că nu are suficient de

multă încredere pentru a-şi dezvălui vulnerabilitatea. În acest caz, ghidaţi-vă după indiciile nonverbale ale copilului: detalii observabile cum ar fi expresia facială, tonul emoţional al vorbirii, postura corporală şi interacţiunea socială cu alţii, pentru a înţelege ce se întâmplă. Astfel de indicii comunică informaţii utile cu privire la problema emoţională a copilului şi vă pot ajuta să discutaţi cu el despre experienţele pe care le are.

Părinţii lui David au observat că băiatul se certa mai mult cu fratele lui mai mic. Era mai obraznic cu mama şi refuzase cu putere să se reînscrie în echipa de fotbal din care făcuse parte cu un an în urmă. Râdea sau zâmbea rar. La început, părinţii au crezut că fiul lor de 12 ani era doar capricios. Însă după câteva luni au început să fie îngrijoraţi, chiar dacă el nu se plânsese.

Au decis să discute cu copilul. Au ales cu grijă timpul şi locul potrivit, asigurându-se că au suficient timp la dispoziţie şi că nu vor fi întrerupţi. Au hotărât să poarte discuţia într-un moment în care furia şi îngrijorarea lor cu privire la comportamentul lui erau reduse.

– David, ni se pare că nu-ţi mai plac lucrurile care înainte îţi făceau plăcere, i-au spus ei. În ultimul timp ai fost furios pe fratele tău.

Când David a fost conştient de îngrijorarea şi de atenţia părinţilor, exprimate într-o manieră care nu genera presiuni asupra lui, a fost dispus să vorbească. Le-a mărturisit că în fiecare seară adormea foarte greu, din pricină că era îngrijorat în legătură cu viitorul an şcolar[1] şi cu cât de multe avea de făcut. Le-a spus că, de fiecare dată când lua autobuzul spre casă, de la şcoala elementară, se simţea trist şi că îşi dorea să mai rămână acolo încă un an, ca şi fratele lui mai mic.

Părinţii au început să înţeleagă că se simţea stresat deoarece avea să meargă la o altă şcoală pentru clasa a şaptea. Părăsirea

[1] În sistemul american de educaţie, şcoala elementară se termină cu clasa a şasea. (*N.t.*)

școlii unde învățase șase ani era o chestiune importantă. Mai mult chiar, serviciul cu program prelungit al mamei îi crease sentimentul că în fiecare zi trebuia să-și asume o responsabilitate mult mai mare cu privire la propria lui persoană. Totodată, era invidios și furios pe fratele mai mic, despre care credea că primește mai multă atenție decât el.

Ca și vârsta adultă, copilăria înseamnă perioade de confuzie, neînțelegere și conflict. Aduceți-vă aminte propriile experiențe relevante de când erați copil, dar în același timp înțelegeți și că situația copilului dumneavoastră este inevitabil diferită de cea a dumneavoastră. Când vă veți înțelege copilul, veți avea șanse mai mari de a găsi modalități mai bune de a-l ajuta și de a ști când este necesară implicarea ajutorului de specialitate.

5. CARE PROVOCĂRI ALE „SARCINII" DE A CREȘTE POT DUCE LA STRES EMOȚIONAL ȘI COMPORTAMENTAL?

Așa cum am spus mai devreme, a crește este o treabă dificilă. Îndatoririle obișnuite, formate din diverse „sarcini", pot cauza adesea stres emoțional. Să ne gândim la acest exemplu:

> Johnny, în vârstă de 10 ani, se joacă pe afară cu prietenii lui până când mama îl cheamă în casă pentru cină. De obicei el este ascultător și intră în casă întrebând ce mâncare au la cină și ce fac ceilalți membrii ai familiei. Totuși, uneori intră în casă și arată de parcă urmează să plângă, nu spune multe și se trântește în scaunul lui. Din ce în ce mai des, zăbovește pe afară și trebuie să fie strigat de mai multe ori. Uneori trântește ușa când intră în casă, se plânge că a fost întrerupt în timpul jocului și se răstește la sora lui mai mică.
>
> În aceste ultime cazuri, tulburarea este evidentă. Mama lui reacționează diferit, în funcție de starea în care se află: (1) îi

ignoră tulburarea, (2) reacţionează negativ, în principal din cauza propriului stres, şi se întristează sau se înfurie, mutându-şi concentrarea pe emoţiile ei, sau (3) îi înţelege tulburarea şi încearcă să afle ce anume a cauzat-o.

Cea de-a treia opţiune este un exemplu de a afla mai multe despre copilul dumneavoastră şi despre zbaterea acestuia într-o anumită privinţă a sarcinii sale: gestionarea corpului, a emoţiilor sau a relaţiilor. Poate se confruntă cu frustrarea pe care o simte atunci când un adult îl împiedică să facă ceva ce-i place. Acest lucru îi testează capacitatea de gestionare a sentimentelor de frustrare şi dezamăgire. Poate că este stresat pentru că pleacă dintre prietenii care continuă să se joace şi care vor ca el să rămână afară. Acest fapt îi testează capacitatea de a administra relaţiile.

Îndatorirea lui obişnuită, dar nu şi simplă este de a-şi duce trupul înfometat şi obosit în casă, de a se spăla pe mâini şi de a mânca. Acestea sunt nişte teste clare cu privire la cât de bine îşi poate gestiona corpul. În plus, trebuie să facă faţă iritării sau dezamăgirii mamei în cazul în care el nu face ceea ce vrea ea sau la fel de iute precum îşi doreşte ea. Acesta era iarăşi un test al capacităţii lui de a gestiona relaţiile.

Dacă mama ar fi înţeles tot ce are de făcut fiul când vine în casă la cină, poate că ar fi privit cu îngăduinţă aceste dificultăţi sau cel puţin nu le-ar fi privit ca pe un afront personal. În plus, poate chiar să fie mulţumită de cât de bine copilul îşi administrează sarcinile. Abia atunci mamei i-ar fi mai uşor să-l ajute să găsească modalităţi mai bune de a face faţă acestor îndatoriri în momentele în care el este tulburat.

În cele ce urmează voi prezenta o sarcină obişnuită, alcătuită din mai multe „îndatoriri" care prezintă risc de stres comportamental. Acest stres exprimă emoţiile subiacente despre care copilul nu reuşea să vorbească.

Sandra a început de curând liceul. La început, părinţii ei nu au remarcat nicio problemă asociată acestei schimbări. Ca să-şi

pregătească micul dejun şi ca să fie gata pentru autobuzul care o duce la şcoală, ea trebuie să se trezească mai devreme decât când era la şcoala elementară. Asta înseamnă că are nevoie să ajungă la un alt nivel al capacităţii de gestionare a corpului. După primele trei săptămâni, a început să piardă mai mult timp cu duşul de dimineaţă şi să nu ajungă la timp la autobuz. Prima reacţie a părinţilor, aceea de a-i reaminti şi de a o îndemna să se mişte mai repede ca să nu piardă autobuzul, a dat greş.

Ei au recunoscut că acest comportament era neobişnuit pentru ea. Au întrebat-o cum era adaptarea la noua şcoală şi au aflat că era speriată de numeroasele schimbări pe care trebuia să le facă pe parcursul unei zile de şcoală (acumularea de informaţii despre noul ei univers), era nefericită că nu-şi făcuse mai mulţi prieteni (gestionarea relaţiilor) şi că îi era ruşine să ceară ajutor (gestionarea emoţiilor). Teama, tristeţea şi jena pe care le simţea au ieşit la suprafaţă pe măsură ce vorbea. Sandrei îi fusese teamă să discute mai devreme cu părinţii aceste probleme, gândindu-se că era suficient de mare pentru a le rezolva singură.

Discutarea simptomelor din Capitolul 2 şi a perturbărilor de dezvoltare din Capitolul 3 oferă mai multe exemple de tipuri de provocări ale sarcinii de a creşte mare, care pot duce la distres.

6. CE SCHIMBĂRI/FACTORI DE STRES POT FACE MAI DIFICILĂ „SARCINA" DE A CREŞTE A COPILULUI MEU?

Copilul poate să resimtă stres din orice schimbare intervenită în viaţa sa.

- Schimbări corporale. Acestea apar îndeosebi odată cu schimbările de la pubertate, însă se întâmplă şi în cazul unor boli.

- Schimbări în experienţa emoţională. Acestea apar când copilul trece de la plăcerea exercitării unei activităţi la dezamăgirea că trebuie să o întrerupă.
- Schimbări în ceea ce priveşte relaţiile, ca de pildă atunci când un prieten bun se mută în altă parte sau când clasa este preluată de un profesor nou.
- Schimbări care au loc în lumea din jurul copilului. Acestea se petrec îndeosebi când copilul trebuie să se mute într-un apartament sau într-o casă nouă, în alt oraş sau când începe o nouă activitate sportivă sau şcolară.

Conştientizarea schimbărilor sarcinilor copilului vă poate ajuta să înţelegeţi mai bine factorii de stres la care acesta este supus. Schimbările şi factorii de stres pot fi împărţiţi în categorii în funcţie de două dimensiuni:

1. Apar la momentul oportun sau nu? Această dimensiune surprinde elementul de *expectaţie şi surpriză*. De obicei, este mai greu de făcut faţă schimbărilor/factorilor de stres imprevizibili decât celor la care te aştepţi şi care oferă un răgaz pentru pregătire.
2. Sunt interni sau externi? Această dimensiune surprinde elementul de *vizibilitate sau invizibilitate* pentru ceilalţi. Schimbările/factorii de stres care nu sunt vizibili altor persoane (precum gândurile şi sentimentele care apar ca reacţie la evenimentele exterioare) pot fi mai dificil de sesizat. Prin urmare, se poate ca nimeni să nu se ofere să ajute. În cele ce urmează vom discuta despre cele patru tipuri de schimbări/factori de stres.

Schimbări/factori de stres care apar la momentul oportun

Schimbările care apar la momentul oportun se numesc schimbări de dezvoltare: sunt provocări prin care trec toţi copiii în anumite stadii ale procesului de creştere. Printre exemple se

numără separarea de mamă, boli minore, începerea şcolii sau conflictul cu persoanele iubite.

Mulţi copii suportă relativ bine aceste schimbări/factori de stres. Însă şi factorii de stres care apar la momentul potrivit pot fi destul de perturbatori şi de stresanţi pentru un copil sensibil.

Schimbările/factorii de stres care apar la momentul oportun par în general elemente „normale", chiar dacă au un anumit grad de dificultate. Este foarte probabil ca, în copilărie, şi dumneavoastră să fi trecut prin experienţe similare şi astfel să înţelegeţi reacţiile copilului. Cu toate acestea, se prea poate ca aceste schimbări să vi se pară supărătoare atunci când copilul reacţionează la ele altfel decât aţi făcut-o dumneavoastră. Pentru a le considera „normale", reacţiile copilului nu trebuie să fie întocmai cu reacţiile pe care le-aţi avut dumneavoastră. Reţineţi acest lucru care vă poate fi de ajutor în procesul de acceptare şi sprijinire a copilului, chiar dacă reacţiile acestuia sunt mai intense decât cele pe care le-aţi avut dumneavoastră.

Schimbări/factori de stres care apar într-un moment nepotrivit

Schimbările/factorii de stres care apar la momentul nepotrivit nu se petrec în mod obişnuit, ceea ce înseamnă că fiul sau fiica dumneavoastră nu are un cadru de referinţă pentru a putea evalua aceste elemente. Printre ele se numără incidente cum ar fi o boală gravă a copilului, o afecţiune fizică sau psihică gravă a părintelui ori moartea cuiva apropiat. Copilul prezintă un risc mai mare de a se simţi stresat din cauza schimbărilor inoportune decât din cauza celor oportune şi, prin urmare, să aibă nevoie de ajutor suplimentar şi de timp pentru a le face faţă cu bine.

Aceste schimbări inoportune vă pot face să vă simţiţi stresat şi, de asemenea, nesigur. De pildă, moartea neaşteptată a partenerului de viaţă, aparent sănătos, în urma unui infarct, va fi copleşitoare atât pentru părinte, cât şi pentru copil. În astfel de circumstanţe, se poate să nu reuşiţi să vă ajutaţi copilul să treacă

prin această schimbare aşa cum v-aţi dori. Dacă familia şi resursele personale nu sunt de-ajuns pentru a face faţă factorilor de stres inoportuni, apelaţi la ajutor de specialitate.

Schimbări/factori de stres exteriori

Factorii de stres exteriori sunt evenimente vizibile. Printre exemple se numără mutarea într-o altă casă, naşterea unui frate, divorţul părinţilor, pierderea sau moartea unei persoane apropiate. Tot aici sunt incluse şi boala unui părinte sau a unui frate, tratamentul abuziv din partea persoanei care ar trebui să aibă rol de protecţie sau ciocniri repetate cu comportamente rasiste sau sexiste în universul din afara familiei. Schimbările/factorii de stres exteriori pot apărea la momentul oportun sau nu, oricare dintre aceste tipuri putând perturba sentimentul de siguranţă al copilului.

Schimbarea externă care are loc la timpul potrivit poate fi atât de familiară părintelui, încât este posibil ca acesta să nu înţeleagă cât de stresantă este pentru copil. Astfel de schimbări, printre care se numără pregătirea pentru şcoală sau mersul la culcare, pot genera un stres mare la anumiţi copii. Atunci când nu le este recunoscută importanţa, aceste momente sunt de obicei încărcate cu conflicte între părinţi şi copii. Factorii de stres externi care apar la timp, dar cărora nu li se acordă importanţă şi nu sunt validaţi (sunt trataţi ca şi cum ar fi invizibili) pot fi mai perturbatori din pricina acestei lipse de reacţie. Schimbările inoportune (neaşteptate) externe pot fi mai stresante decât cele aşteptate. Când sunteţi conştient de cât de stresantă este o schimbare externă pentru copil, alocaţi mai mult timp schimbării respective sau acordaţi ajutor suplimentar.

Schimbări/factori de stres interni

Dacă o schimbare externă determină gânduri şi sentimente neliniştitoare pentru copilul dumneavoastră, atunci acesta trebuie să facă faţă unui factor de stres intern. Aceste reacţii interne

Tabelul 1.1 Schimbări oportune/inoportune și externe/interne

Schimbări/factori de stres oportuni	*Schimbări/factori de stres inoportuni*	
Înțărcarea, schimbarea rutinei	Divorțul părinților	Schimbări/factori de stres externi, de exemplu, evenimente, observați de ceilalți
Dormitul singur	Perturbarea situației legate de reședință sau mutări frecvente	
Educația sfincteriană	Accidente, expunerea la violență	
Boli ale copilăriei	Boli grave/vitale ale copilului sau părintelui	
Începerea grădiniței/școlii	Consumul de alcool și abuzul de substanțe	
Nașterea unui frate	Rasism și sexism	
Intrarea în activități competitive	Abuz sexual	
Schimbări corporale care apar la pubertate	Moartea unei persoane tinere (părinte, frate sau soră, prieten)	
Moartea unei persoane în vârstă		
Reacții emoționale la schimbări externe oportune	Reacții emoționale la schimbări externe inoportune	Schimbări/factori de stres interni, de exemplu, emoții, observați sau nu de ceilalți
Schimbări emoționale ale pubertății	Reacții emoționale provocate de o boală fizică	
	Reacții emoționale provocate de alcool și alte substanțe	

pot fi agitație sau îngrijorare nespecifică sau pot apărea fantasme detaliate, exagerate și nerealiste, alături de emoții intense, ca de pildă panică, furie sau umilire cumplită. Uneori, aceste reacții

BCU IASI SECTIA DE STIINTA LIBRARY

interne foarte puternice cântăresc mai greu decât orice factori de stres externi.

Reacțiile emoționale sunt o modalitate naturală importantă de a da sens unei experiențe și de a-i face pe ceilalți să afle despre aceasta. Dar se poate ca emoțiile extrem de intense să perturbe, în loc să fie utile. Pe parcursul întregii noastre vieți, ne străduim să echilibrăm efectele pozitive ale emoțiilor cu efectele potențial negative. În cazul în care copilul a avut reacții emoționale la evenimentele din jur sau o capacitate redusă de a păstra o perspectivă echilibrată, atunci există riscul ca el să se confrunte cu numeroși factori de stres interni.

Puteți ajuta copilul să învețe să-și tempereze reacțiile emoționale. Când veți identifica prezența factorilor de stres interni, veți reuși mai bine să-i înțelegeți, să îi gestionați și să dați dovadă de compasiune față de efortul depus de copil în diversele sarcini asociate creșterii. Totodată, veți înțelege mai rapid că treceți cu toții printr-o perioadă dificilă. Următorul exemplu subliniază impactul puternic și importanța pe care factorii de stres interni le pot avea pentru copil și familie.

Tommy, în vârstă de opt ani, a rămas peste noapte la prietenii părinților, deoarece tatăl lui a trebuit să meargă la spital pentru o intervenție dificilă, dar care nu-i punea viața în pericol (*factor de stres inoportun și extern*). Băiatul era îngrijorat în legătură cu tatăl său. Din pricina anxietății crescute (*schimbare internă*), Tommy era mai timid decât de obicei față de copiii prietenilor părinților lui. Reacționând la disconfort (*o schimbare externă pentru ei*), copiii îl tachinau pe Tommy (*factor de stres extern*). La rândul său, băiatul s-a înfuriat și s-a speriat și mai tare (*factori de stres interni*). Ca reacție la furia și teama lui, băiatul a-nceput să-și imagineze că părinții lui aveau să-l abandoneze, iar tatăl avea să moară (*mai mulți factori de stres interni*). A devenit și mai speriat, supărat și trist.

Când prietenii părinților au observat că reacția sa emoțională față de tachinare era atât de intensă, au intervenit. Le-au explicat

copiilor lor prin ce anume trecea Tommy. Adulții au discutat cu Tommy, remarcând că băiatul părea foarte speriat, și l-au asigurat că tatăl lui nu era grav bolnav și că urma să-l vadă a doua zi. Așadar, au acționat în sensul diminuării factorilor de stres interni și externi care-l afectau pe Tommy.

În exemplul anterior, am subliniat capacitatea intelectuală a adulților de înțelegere a schimbării și stresului. Comportamentul lor a fost mai degrabă determinat de empatie. Ei au înțeles neliniștea lui Tommy și, totodată, au avut o atitudine de compasiune față de băiat, ceea ce i-a determinat să intervină.

7. DACĂ NU AM REMARCAT SCHIMBĂRI SUBITE LA COPILUL MEU, DAR SUNT ÎNGRIJORAT ÎN GENERAL ÎN LEGĂTURĂ CU GENUL DE PERSOANĂ CARE „DEVINE"?

Această situație obișnuită poate fi privită din două unghiuri diferite. În primul rând, este posibil ca simptomele copilului să fi fost prezente la un nivel redus vreme îndelungată. Ca urmare, probabil că ați ajuns să vedeți aceste tipare ca felul de a fi al copilului, și nu expresia unei dificultăți legate de o sarcină a creșterii. *Aveți mare grijă să nu interpretați o anumită problemă ca reprezentând, de fapt, întreaga personalitate a copilului.*

În al doilea rând, se poate să reacționați la temperamentul copilului: un tipar înnăscut de reacție care influențează răspunsurile comportamentale și emoționale. De exemplu, poate că fiica dumneavoastră prezintă o tendință puternică de a reacționa cu anxietate, rușine sau timiditate în situații noi. Este posibil să fi dezvoltat tipare speciale de gestionare a emoțiilor și relațiilor, ceea ce i-a fost de ajutor când era mică. Însă, pe măsură ce crește, aceste tipare pot deveni o povară. De pildă, pe când era doar o fetiță, stătea foarte aproape de dumneavoastră ca modalitate de

a se simți în siguranță. Tiparul a funcționat bine. Totuși, pe măsură ce crește, acel tipar o împiedică să aibă propriile experiențe, care au rolul de a-i forma încrederea în sine.

La tiparele ei comportamentale se adaugă și cele ale dumneavoastră. De exemplu, poate că sunteți oarecum exagerat de protector cu fiica atunci când aceasta este stresată. Fără să vă dați seama, o încurajați ca într-o situație nouă să stea aproape de dumneavoastră, întrucât se simte mai liniștită. Astfel, amândoi sunteți implicați într-un soi de „dans" care perpetuează tiparele ei imature timpurii. Dacă priviți din cel de-al doilea unghi menționat mai sus, veți putea să o vedeți diferit pe „persoana care devine fiica dumneavoastră".

Identitatea copilului nu apare pur și simplu la suprafață. Mai degrabă este o consecință a calităților sale temperamentale și a relației pe care o are cu părintele. Această perspectivă vă poate ajuta să nu mai vedeți copilul ca fiind un „tip" neschimbat de persoană. Vă încurajează să-l priviți ca reacționând în permanență la oamenii din jurul său și la felul în care este tratat de aceștia. Poate că fiica dumneavoastră are o sensibilitate de ordin temperamental, dar felul în care interacționați cu ea îi influențează dezvoltarea personalității. Dumneavoastră, împreună cu ea, veți descoperi că, atunci când lucrurile nu merg bine, se poate întâmpla din cauza luptelor asociate creșterii, care au loc între părinte și copil. În aceste circumstanțe, nu este de ajutor să vă gândiți la comportamentul ei ca fiind determinat de „tipul" de persoană care este.

Mama lui Michael m-a sunat deoarece psihoterapeutul soțului ei sugerase, după ce auzise povestiri despre fiul în vârstă de 14 ani, că poate ar fi bine ca Michael să fie evaluat din punct de vedere psihiatric. Mama băiatului a spus că fiul ei era rigid, nesigur pe el și ezitant în situații în care prietenii lui păreau să se descurce fără probleme. La momentul respectiv, mama nu era îngrijorată; băiatul părea să aibă suficientă încredere în sine,

să dezvolte relaţii cu alţi oameni şi era deschis la experienţe noi. Însă îşi făcea probleme că poate vremurile dificile se vor întoarce mai târziu într-o formă sau alta şi era neliniştită cu privire la viitor.

Ea ştia că, alături de soţ, se simţea împovărată şi obosită din cauza eforturilor pe care le făceau ca părinţi ai lui Michael. Totodată, era conştientă de faptul că grijile legate de viitorul băiatului ar putea să-i deformeze felul în care-l vedea la momentul respectiv. Am remarcat că perioadele dificile cu el păreau că vin şi pleacă şi că, de obicei, este greu de stabilit cât de mult din eforturile lor are de-a face cu lupta zilnică de a creşte un copil şi cât de mult necesită intervenţie. Acest lucru este în special dificil în cazul primului născut. La momentul respectiv nu am putut s-o lămuresc în această privinţă.

Totuşi, i-am spus că, dacă lucrurile merg bine, nu era un moment potrivit pentru a-l aborda pe fiu în legătură cu o evaluare a sănătăţii mentale. I-am explicat că băieţii de vârsta lui au tendinţa să fie ruşinaţi şi să se opună numai ideii de psihoterapie şi medicamente, chiar şi când simptomele evidente sunt prezente. Din moment ce Michael nu avea simptome în momentul respectiv, părea potrivit să aştepte. Mama a fost de acord.

I-am sugerat ca, atunci când vor trece printr-o perioadă dificilă, ar fi o idee să abordeze problema din perspectiva terapiei de familie. Ar putea să-i spună băiatului că ea şi tatăl său doresc să acţioneze împreună cu el pentru a găsi căi mai bune pentru rezolvarea numeroaselor lor conflicte. Poate să adauge şi că ei îşi doresc să fie cei mai buni părinţi posibili şi că îmbunătăţirea comunicării în cadrul familiei ar fi utilă în acest sens. Dacă ar avea un ajutor exterior, este posibil ca ei să înveţe să comunice mai bine.

Adesea, este greu să ţinem minte că nu putem prezice felul în care va decurge viaţa sau calea pe care vor merge copiii noştri. În fiecare zi facem tot ce ne stă în putinţă. Îmbunătăţirea

comunicării, uneori cu ajutorul unui specialist în terapia familiei (vezi Capitolele 7 şi 8), ne poate ajuta să renunţăm la prezicerea problemelor viitoare ale copilului şi să încercăm să îmbunătăţim prezentul.

8. DACĂ SUNT PREA FURIOS, EPUIZAT SAU SPERIAT ÎNTR-ATÂT ÎNCÂT VREAU DOAR CA FIUL/FIICA MEA „SĂ SE POTOLEASCĂ"?

Uneori, când aveţi probleme cu propriile dumneavoastră „sarcini" (cum ar fi cea de a fi părinte, păstrarea locului de muncă sau grija pentru propria persoană), doriţi ca fiul sau fiica să vă ajute. Nevoile emoţionale ale copilului vă împovărează în mare măsură. Îi cereţi să se potolească! Dorinţa dumneavoastră în acest sens este de înţeles, însă, de obicei, copilul nu se poate potoli. Prin intermediul emoţiilor sale puternice şi al comportamentului problematic vă arată că şi el este copleşit.

Când încercaţi să-l faceţi să se potolească, se poate să îi sporiţi senzaţia de izolare şi de singurătate cauzată de problema lui şi să ignoraţi un prilej de a afla chinul prin care trece şi de a-l învăţa cum să facă faţă mai bine stresului emoţional. Învăţaţi copilul spunându-i ce să facă în legătură cu suferinţa lui şi arătându-i cum vă gestionaţi propria tulburare.

Dar dacă, într-un moment de tulburare intensă pe care o resimţiţi dumneavoastră, îi cereţi copilului să se potolească? Se mai întâmplă, dar asta nu înseamnă că sunteţi un părinte rău. La urma urmei, a fi părinte poate fi o treabă extenuantă. Imediat ce intensitatea stresului scade, spuneţi-i copilului că v-aţi simţit copleşit şi că solicitarea pe care i-aţi făcut-o a fost cauzată de propria dumneavoastră suferinţă. Mărturisiţi-i că merită să primească ajutor pentru dificultăţile prin care trece, chiar dacă nu-l puteţi sprijini întotdeauna. Spuneţi-i că scopul dumneavoastră este de a înţelege frământările cu care se confruntă şi de

a-l ajuta să rezolve problemele, chiar dacă nu reușiți întotdeauna să procedați astfel.

Dacă ajungeți la concluzia că îi cereți frecvent copilului să se potolească, solicitați sprijinul unui alt adult care vă poate ajuta să depășiți perioadele dificile. Dacă vă gândiți să mergeți la un specialist, citiți Capitolul 7, *Întrebări cu privire la tratament: cine sunt ajutoarele și unde se află ele?*

> Adesea, Mary începea să bea atunci când stresul de la serviciu, îngrijirea celor doi copii ai ei și relația cu părinții vârstnici deveneau prea dificile. Fiicele ei de 14 și de 11 ani se transformau uneori în obiectul furiei femeii. Aceasta se întâmpla de obicei când fetele erau îngrijorate sau triste din cauza problemelor legate de școală, a interacțiunilor cu prietenii sau a certurilor dintre părinții divorțați. Mary nu le putea tolera nefericirea, iar fetele nu îi tolerau accesele de furie. Lua naștere un cerc vicios de certuri și consum de alcool. Când Mary urla la ele să se potolească, ele se retrăgeau în camerele lor, departe de ea. Mai târziu, mama și-a dat seama că, ori de câte ori bea, faptul că își trimitea copiii să stea la sora ei era un element de protecție pentru fete și pentru ea, în egală măsură. Această strategie a întrerupt cercul vicios, a ajutat-o să fie mai atentă la problema consumului de alcool și să apeleze la ajutorul de specialitate de care avea nevoie.

Fiți atenți la propriile dumneavoastră frământări și limite. Consultați Capitolul 4, pasul 10: „Aveți grijă de propriile dumneavoastră nevoi fizice și emoționale" și Capitolul 5, *Gestionarea sentimentelor dumneavoastră când copilul suferă.*

BCU IAȘI

9. DACĂ NU POT DISCUTA CU FIICA MEA ŞI EA NU VORBEŞTE CU MINE?

Copiii sunt de obicei mai receptivi la stările emoţionale ale părinţilor lor decât părinţii înşişi. Se poate să-i comunicaţi copilului indirect, la fel de bine ca şi direct, că sunteţi copleşit. Indiferent de calea aleasă, copilul se poate retrage, ca reacţie la durerea părintelui, şi nu vă va face cunoscută propria suferinţă, pentru a vă proteja. De asemenea, se poate simţi copleşit de propriile sale dificultăţi şi va presupune că şi părintele se va simţi la fel sau, pur şi simplu, nu va înţelege.

Reţineţi că în relaţiile părinte–copil apar unele perioade de blocare a comunicării. Când remarcaţi un blocaj nou, care pare important şi care durează de cel puţin două săptămâni, luaţi în calcul apelul la ajutor de specialitate. Principiile amintite la Întrebarea nr. 3 ar trebui să influenţeze cât de lent sau de rapid reacţionaţi la blocarea comunicării.

În cazul în care copilul sau adolescentul ezită să accepte ajutor de specialitate, încercaţi să vă concentraţi pe problema de comunicare prezentă în relaţia dumneavoastră cu el sau în familie. Puţini copii sau adolescenţi vor continua să se opună ajutorului profesional dacă părintele dă dovadă de disponibilitatea de a-şi analiza propriile dificultăţi de comunicare. Nu uitaţi, în cazul în care copilul se opune unei terapii de familie, se poate să fie din cauză că doreşte să evite confruntarea cu emoţiile stresante. Dacă afirmaţi că, indiferent de lucrul pe care copilul vrea să-l ocolească, acesta poate fi gestionat, recunoaşteţi că şi dumneavoastră ca părinte aveţi trăiri amestecate cu privire la terapie şi oferiţi-i un fel de stimulent după întâlnirea cu terapeutul (cum ar fi oprirea la o pizza în drum spre casă); probabil că veţi observa cum mare parte din rezistenţa faţă de terapie dispare. Consultaţi Capitolul 8 pentru o discuţie aprofundată despre terapia de familie.

10. CÂND AM SENTIMENTUL CĂ-MI ÎNȚELEG COPILUL, ESTE MAI BINE SĂ FAC SAU SĂ SPUN CEVA ANUME CARE SĂ-L AJUTE?

Adesea, cea mai eficientă cale de ajutor implică acțiune și comunicare *în egală măsură*. Există momente, mai ales în cazul copiilor mai mari și al adolescenților, când folosim cuvinte pentru a clarifica o situație, pentru a comunica despre ea și pentru a o modifica. Totuși, de multe ori cuvintele nu sunt de-ajuns. Se poate să fie necesar să faceți un gest prin care să-i arătați copilului de ce anume este nevoie pentru a face față mai bine situației. Cu cât copilul este mai mic, cu atât este nevoie mai mare de fapte. Dacă faceți un gest sau așteptați o anumită faptă de la copil, spuneți-i de ce faceți lucrul respectiv. Totodată, vorbiți în așa manieră, încât să subliniați că empatizați cu copilul.

Janet se concentra greu, ceea ce îi sporea dificultatea de a-și face temele. De obicei, dorea ca înainte de a face temele să se uite la televizor împreună cu părinții ei. Tatăl i-a explicat că din pricină că ea consuma foarte multă energie când se concentra și era atentă la emisiunile de la televizor, el era de părere că mai întâi trebuie făcute temele pentru școală și apoi să se uite la televizor. Lui Janet i-a fost greu să stea la biroul ei și să nu mai fie atentă la camera cu televizorul.

Tatăl a înțeles că sunetul micului ecran constituia o tentație atât de mare pentru fiică, încât nici explicațiile lui calme și nici cicălelile nu erau de ajutor, așa că a închis televizorul și a-nceput să citească. A procedat astfel întrucât respecta nevoia fetei de un mediu liniștit. După câteva luni în care a urmat acest program, Janet a dobândit deprinderi mai bune de studiu. De regulă, își termina temele înainte de a se uita la televizor, deși tot mai avea nevoie să i se reamintească de teme și să fie încurajată.

O abordare utilă a unei probleme este revenirea asupra ei la un moment ulterior, chiar și după câteva zile. Când emoțiile s-au

potolit, veți putea vorbi mai calm despre conflict și veți putea acționa cu mai mult tact. Copiii învață cel mai ușor și părinții dau cel mai bine lecții atunci când sunt calmi, nu într-o stare de agitație.

În exemplul anterior, la un moment dat, tatăl lui Janet s-a supărat foarte tare și a țipat la ea, amenințând-o că n-o să fie în stare să termine liceul dacă nu-și schimbă comportamentul. În ziua următoare, fiind mai calm, a revenit asupra incidentului și a discutat despre ieșirea lui, despre comportamentul și despre îngrijorarea lui. A cerut scuze pentru că a țipat la fată și i-a spus că înțelege cât de dificil este pentru ea să învețe când televizorul este pornit. După această discuție, cei doi au pus la cale un plan acceptabil pentru amândoi.

11. DACĂ ÎNȚELEG PROBLEMELE COPILULUI, DAR NU ȘTIU CUM SĂ FAC SCHIMBĂRILE DE CARE ESTE NEVOIE?

Acesta este un moment potrivit pentru a apela la ajutor. Va veni o vreme în viața dumneavoastră și a copilului când, evident, nu veți deține toate răspunsurile. Nu vă complaceți în propria dezamăgire și propria rușine. Se poate ca alte persoane să vă înțeleagă problemele și să vă sugereze unele moduri de rezolvare a problemelor atunci când nu le puteți rezolva. Căutând ajutor, arătați copilului cum se colaborează cu alte persoane când dificultățile par prea mari ca să le rezolvi singur. Pentru informații despre persoanele care vă pot oferi ajutor și tratament de specialitate, consultați Capitolele 7 și 11, precum și Anexa, unde veți găsi materiale pentru autoajutorare.

12. SE POATE CA PEDEAPSA SĂ DUCĂ LA SCHIMBĂRI POZITIVE ALE COPILULUI MEU ȘI SĂ-I ARATE MODALITĂȚI NOI DE A GESTIONA PROBLEMELE?

Există tendința ca pedeapsa verbală sau fizică să provină mai degrabă din frustrarea părintească, decât dintr-o metodă didactică bine gândită. Componenta esențială a pedepsei este aceea de a cauza durere și principalul scop este acela de a pune capăt unui anumit comportament sau de a crea teamă față de o viitoare pedeapsă, împiedicând astfel repetarea comportamentului respectiv.

Pedeapsa verbală poate afecta în mod negativ percepția de sine a copilului și, totodată, poate fi o barieră în calea comunicării. Pedeapsa verbală implică adresarea de jigniri și comentarii umilitoare și degradante.

Pedeapsa fizică presupune bătaia la fund și loviturile. O astfel de pedeapsă te învață mai ales despre ce *nu* trebuie făcut. La extremă, poate deveni abuz. De obicei, pedeapsa fizică simplă nu schimbă sentimentele copilului, nu-l ajută să se simtă iubit sau să comunice mai bine.

Imaginați-vă că vă aflați în ucenicie la locul de muncă și sunteți periodic umilit și pedepsit fizic pentru greșelile făcute. Închipuiți-vă că șeful nu vă arată în mod respectuos (în cuvinte și fapte) când, unde și cum ați greșit și nu vi s-a spus ce anume înseamnă să vă faceți treaba cum se cuvine. Progresul în învățarea sarcinii va fi încetinit din pricina îngrijorării și a indignării la gândul că veți fi jignit sau pedepsit. Veți fi extrem de încurcat în legătură cu rezolvarea problemei și excesiv de preocupat cu realizarea activităților în mod corect. Un îndrumător bun știe că cei din subordine se descurcă cel mai bine când ambele părți colaborează, în baza respectului reciproc, și nu a fricii. Părinții, în calitate de îndrumători buni, reușesc mai bine să modifice comportamentul problematic al copilului atunci când teama este

redusă, schimbarea este abordată colaborând şi se utilizează un anumit stil didactic sau *coachingul*. Pentru căi noi de înţelegere şi de abordare a anumitor comportamente problematice, consultaţi Capitolul 2, *Semnalele de alarmă: lista alfabetică a simptomelor.*

Aşadar, ce tipuri de reacţie negativă (alta decât pedeapsa fizică sau verbală) ar fi mai bune? Puneţi-l pe copil să repare, să înlocuiască, să facă modificări sau să returneze, retrageţi-i privilegiile atunci când se poate, toate acestea fiind reacţii eficiente la un comportament necuviincios, mai ales când sunteţi conştient de punctul de vedere al copilului.

- O reacţie care în mod evident arată că stricarea unui obiect, încălcarea unei reguli sau a unei limite duc la consecinţe negative.
- Dezaprobarea dumneavoastră imediată faţă de ceea ce s-a întâmplat. Pentru rezultate optime, aceasta trebuie făcută printr-o afirmaţie limpede, fermă şi scurtă cu privire la comportament: „Lovirea nu rezolvă problema pe care o aveţi tu şi fratele tău".
- Puneţi-l pe copil să repare sau să înlocuiască obiectul stricat.
- Restricţionarea unui privilegiu sau a unei libertăţi pentru o perioadă poate constitui o consecinţă negativă potrivită în cazul încălcării unei reguli sau a unei limite. Printre astfel de urmări se pot număra şi cererea de scuze sau îmbunătăţirea situaţiei prin realizarea unei acţiuni anume.

Astfel de consecinţe negative, care nu implică pedepse fizice sau jigniri, sunt cele mai bune mijloace pentru a învăţa un comportament potrivit şi pentru a produce o schimbare pozitivă pe termen lung.

Există şanse mai mari ca aceste intervenţii să aibă succes atunci când copilul înţelege de ce este nevoie să ceară scuze şi/sau să facă o anumită faptă. Astfel, aveţi prilejul să-l învăţaţi:

- corectitudinea;
- respectul față de ceilalți;
- de ce există reguli pentru purtarea în societate.

Desigur, modelarea acestui comportament dezirabil în relația cu soțul sau soția, cu partenerul sau cu alții este, de asemenea, o modalitate de a-l învăța pe copil astfel de valori.

> Angela este o fată curajoasă, în vârstă de 13 ani. Împreună cu câteva prietene a furat niște bijuterii de la un magazin din apropiere. Părinții au descoperit bijuteriile. Au întrebat-o pe Angela și au aflat de unde proveneau bijuteriile, precum și faptul că fuseseră furate. Angela a fost pusă să ducă personal înapoi bijuteriile și să ceară scuze pentru comportamentul ei. Totodată, a trebuit să se ofere să lucreze voluntar pentru proprietarul magazinului, pentru a repara „stricarea" contractului social de încredere existent între ea și proprietar. Angela a înțeles la ce se referau părinții ei, întrucât și-a amintit cum s-a purtat tatăl ei atunci când nu a respectat un plan stabilit de comun acord cu soția sa. El și-a asumat responsabilitatea pentru purtarea lui greșită, a cerut scuze și a făcut schimbări.

Impunerea de consecințe negative, mai ales unele logice, constituie o cale mult mai eficientă de a obține comportamentul dorit, în comparație cu simpla pedepsire care are ca scop producerea durerii.

13. DORESC SĂ APELEZ LA AJUTOR DE SPECIALITATE PENTRU FIUL MEU, DAR SOȚUL ESTE DE PĂRERE CĂ „AȘA SUNT BĂIEȚII" ȘI CĂ EU EXAGEREZ. CE AR TREBUI SĂ FAC?

Când părinții nu sunt de acord cu privire la existența unei probleme la copil, de obicei tatăl este cel care se află în poziția de

a afirma că „nu este o problemă". În astfel de situații, îl încurajez pe tată (sau pe mamă, dacă ea adoptă această poziție) să participe la prima consultație. Acest lucru oferă părintelui ocazia observării unui punct de vedere diferit. Uneori, reiese faptul că dificultatea nu este îndeosebi a copilului, ci se referă la interacțiunile părinte–copil sau la expectațiile parentale.

Când rezolvarea problemei ține direct de copil, îi încurajez pe ambii părinți să se implice cât de mult posibil. Dacă unul dintre ei refuză să participe, lucrez cu părintele care este de acord. Îi explic părintelui care nu participă că este bine-venit să ia parte oricând la terapie.

Uneori, „ruptura" dintre părinți în ceea ce privește existența unei probleme reflectă stresul amândurora produs de faptul că au un copil cu probleme. Părinții adoptă astfel de poziții divergente din cauză că au stiluri diferite de gestionare a suferinței, a fricii și a dezamăgirii produse de dificultățile copilului. În fața emoțiilor tulburătoare, este posibil ca un părinte să minimizeze dificultățile, în timp ce celălalt le amplifică. În aceste împrejurări, o relație conjugală poate deveni destul de încordată. Solicitarea sprijinului, încercările de a rezolva problemele și realizarea unui progres pot reduce tensiunea din cadrul căsniciei.

14. DACĂ APELEZ LA UN CONSULT DE SPECIALITATE, ÎNSEAMNĂ CĂ FIUL MEU VA ÎNCEPE SĂ IA MEDICAMENTE ȘI VA URMA UN TRATAMENT VREME ÎNDELUNGATĂ?

Primele întâlniri cu un specialist în sănătate mentală pentru copii vor contribui, de obicei, la elucidarea naturii problemei copilului, la stabilirea factorului care contribuie la problemă, la identificarea punctelor forte ale copilului și la stabilirea unui plan.

În cazul în care copilul este mic, consultația sau terapia poate să-i implice în primul rând pe părinți. Dacă este vorba de un

preadolescent sau de un copil mai mare, atunci acesta va fi implicat activ în consultație și în terapie.

Este posibil ca terapia să se limiteze la câteva întâlniri sau să implice mai multe, aspectul acesta variind. Este posibil să se utilizeze și medicamente ca parte a terapiei, însă majoritatea copiilor care sunt trimiși la un specialist în sănătate mentală pentru copii, pentru a fi consultați și pentru a beneficia de tratament, nu primesc medicamente.

Pentru mai multe detalii cu privire la particularitățile terapiei (tratament de sănătate mentală) pentru copii, consultați Capitolele 8–11. Capitolele 8 și 11 se concentrează pe psihoterapie, Capitolul 9, pe tratamentul medicamentos, iar Capitolul 10, pe tratamentele alternative. Capitolele 8 și 9 cuprind și o secțiune de „întrebări frecvente" în plus față de cea cu informații specifice despre un tratament anume.

15. AȘTEPT SĂ FIU PROGRAMAT LA UN SPECIALIST, DAR SUNT ÎNGRIJORAT CU PRIVIRE LA SIGURANȚA COPILULUI ȘI A MEA.

O astfel de situație este înspăimântătoare. Rolul dumneavoastră părintesc de protejare a copilului sau a adolescentului poate fi dus la extrem. Nu sunteți sigur dacă puteți menține siguranța fiului sau a fiicei.

Majoritatea comunităților au personal de urgență în domeniul sănătății mentale, care este disponibil 24 de ore pe zi, șapte zile pe săptămână. Poate fi vorba despre angajați ai dispensarului de sănătate mentală local sau care țin de camera de gardă a spitalului din zonă. Dacă nu vă credeți capabil să vă ajutați copilul care prezintă comportament suicidal sau autodistructiv ori considerați că puteți fi rănit de către copil, sunați pentru a cere ajutorul.

De obicei, este indicat ca mai întâi să sunați la secția de sănătate mentală sau la camera de gardă a spitalului din zonă și

să discutați cu personalul de acolo în legătură cu situația în care vă aflați. Dacă este scăpată de sub control, ar trebui ca mai întâi să sunați la secția de poliție sau la numărul de urgențe 112. Poliția poate transporta copilul sau adolescentul la camera de gardă pentru a fi evaluat. Consultați Capitolul 7 pentru mai multe informații despre instituțiile care furnizează servicii de sănătate mentală de urgență.

Acum, că ați parcurs acest capitol, ați aflat:

- o abordare rațională a întrebărilor obișnuite care pot apărea atunci când remarcați că ceva nu este în regulă cu copilul dumneavoastră;
- sugestii care vă pot ajuta să gândiți mai clar și mai calm despre problemă;
- idei despre cum să interacționați mai bine cu fiul sau fiica dumneavoastră în ceea ce privește problema;
- răspunsuri la întrebări timpurii obișnuite cu privire la solicitarea unei consultații de specialitate.

În Capitolul 2 voi analiza în detaliu anumite comportamente sau emoții care atrag atenția, ceea ce eu numesc „semnale de alarmă".

BIBLIOGRAFIE

Scott Peck, MD (1998), *The Road Less Traveled: A New Psychology of Love, Traditional Values and Spiritual Growth*, Old Tappan, New Jersey, Touchstone Books.

Capitolul 2
Semnalele de alarmă: lista alfabetică a simptomelor

CUPRINS

Agresivitatea 73
Angoasa de separare 74
Anxietatea 75
Autorănirea/autoabuzul 76
Comportamentul dependent 77
Comportamentul de intimidare 77
Comportamentul evitant 80
Comportamentul opozițional 80
Comportamentul ostentativ 81
Comportamentul suicidar 83
Compulsiile 83
Confuzia identității de gen 85
Consumul de droguri 86
Coşmarurile 88
Crizele de furie 88
Depresia 89
Encoprezisul 90
Enurezisul 92
Evitarea şcolii 93
Fantasmele 94

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Fricile 96
Fuga de acasă 97
Furia 98
Furtul 100
Gelozia 101
Grijile 102
Halucinaţiile 102
Hiperactivitatea 103
Homosexualitatea 104
Ideile delirante 105
Imaturitatea 106
Impulsivitatea 107
Incendierea 109
Insolenţa 110
Insomnia 111
Invidia 112
Iritabilitatea 113
Încăierarea 113
Limbajul precipitat 114
Lipsa atenţiei 115
Manipularea 116
Minciuna 117
Modificările dispoziţiei 118
Obsesiile 120
Ostilitatea 121
Plânsul 122
Preocupările sexuale 123
Problemele comportamentului şcolar 125
Problemele de somn 125
Problemele/tulburările de învăţare 126
Răutatea 127
Răzvrătirea 128
Retragerea 129
Rigiditatea 131
Rosul unghiilor 132
Ruşinea 133
Simptomele legate de traume 134
Smulgerea părului 135
Terorile nocturne 136
Ticurile 136
Timiditatea 137
Trişatul 138
Tulburările alimentare 139
Văicărelile 140

Scopul acestui capitol este de a vă ajuta să înţelegeţi mai bine şi să reacţionaţi la „semnalele de alarmă" ale copilului: simptome care necesită atenţia dumneavoastră imediată şi care dau naştere la îngrijorare şi la preocupare. Frământările şi anxietatea dumneavoastră, ambele intense, apar în special deoarece vă confruntaţi cu sentimente necunoscute. Capitolul de faţă vă va ajuta să judecaţi mai limpede cu privire la cauzele „semnalului de alarmă", la gradul său de gravitate şi la modul de reacţie.

Originea unui „semnal de alarmă" poate fi greu de înţeles, din mai multe motive.

Cauzele simptomelor pot fi variate:

- cauze *biologice*: o sensibilitate sau un handicap la nivel chimic şi fizic;
- cauze *psihologice*: o sensibilitate sau o perturbare la nivelul emoţiilor sau al gândurilor;
- cauze referitoare la *dezvoltare*: o întârziere sau o problemă într-un anumit stadiu sau „sarcină" de creştere: gestionarea corpului, a emoţiilor şi gândurilor puternice, angajarea în relaţii şi acumularea de cunoştinţe despre lume (citiţi Capitolul 3 pentru o discuţie mai aprofundată asupra perspectivei de dezvoltare);
- cauze *sociale*: stresul sau lipsa sprijinului din partea familiei, a prietenilor sau a comunităţii;
- mai multe cauze pot contribui simultan la un simptom;
- acelaşi simptom poate proveni din combinaţii diferite de cauze.

Poate fi dificil de determinat gravitatea unui „semnal de alarmă", din mai multe motive:

- Aproape că nu există comportament sau dispoziţie care să indice *întotdeauna* o perturbare sau necesitatea tratamentului.
- Este dificil de prevăzut impactul pe termen lung al simptomelor asupra sănătăţii mentale viitoare a copilului, chiar dacă gravitatea actuală este evidentă.
- Copiii se schimbă în mod permanent, astfel încât este dificil de stabilit gravitatea unui simptom. Acelaşi comportament care este obişnuit la un copil mic este adesea considerat ca perturbat când apare la un copil mai mare. De pildă, copiii mici deformează adesea realitatea şi inventează poveşti ciudate, însă un adolescent care prezintă

acelaşi comportament poate fi privit ca foarte imatur sau experimentând o perturbare gravă.

Este dificil de stabilit cum trebuie să se răspundă unui „semnal de alarmă", din mai multe motive:

- Din cauza îngrijorării, a confuziei şi a dorinţei de a ajuta, adesea ne repezim să dăm simptomului un singur sens sau să îi găsim o singură cauză.
- Simplificarea excesivă a sensului unui simptom conduce la simplificarea excesivă a tipului de tratament necesar.

De exemplu, există o presiune pronunţată de a identifica unele simptome, cum ar fi depresia, ca indicatori ai unui fel de „dezechilibru chimic". Perspectiva are în vedere cauzele biologice şi pare să indice o intervenţie biologică (medicală). Acest nivel de analiză poate fi util, neglijând totuşi factorii psihologici (felul în care se vede copilul şi cum îi vede pe ceilalţi), factorii sociali şi circumstanţele de viaţă (precum factorii de stres sau de sprijin de la locul de muncă sau de la şcoală, din cadrul relaţiilor familiale, amicale sau de iubire). Aceşti factori psihologici şi sociali pot contribui semnificativ la depresie şi ar trebui trataţi prin intervenţii psihologice sau sociale.

De asemenea, este dificil de stabilit cum trebuie să se răspundă la un „semnal de alarmă", din moment ce este necesar să se stabilească dacă sunt implicate cauze ce ţin de dezvoltare.

- Simptomul este un element normal al vieţii/dezvoltării sau reprezintă o tulburare?
- Dacă e vorba de o tulburare, este posibil ca doar dragostea, înţelegerea, călăuzirea şi acţiunea părintească să fie remediul?
- Este nevoie de consultaţia şi intervenţia de specialitate?

Informațiile din capitolul de față vă vor ajuta să răspundeți la aceste întrebări, în ceea ce privește simptomele individuale. Totodată, aveți în vedere ceea ce am discutat în Capitolul 1: dacă simptomul este foarte frecvent, destul de intens, persistă pe o perioadă lungă, este întâlnit în mai multe arii sau este dăunător în plan social, emoțional sau fizic, atunci este necesar un consult de specialitate.

Deși Capitolul 9 conține numeroase informații despre medicamente, voi încheia această introducere cu câteva cuvinte referitoare la o întrebare pe care părinții o ridică adesea. Cum pot medicamentele să rezolve problemele de comportament și stările emoționale dificile care își au rădăcinile în psihologia și în viața interioară a copilului?

Este adevărat că cercetătorii înțeleg modul în care anumite medicamente influențează unele arii și unii transmițători din creier. Totuși, cunoștințele noastre cu privire la eficiența acestor medicamente sunt destul de limitate. Ceea ce știm cu siguranță este că tratamentul medicamentos corect poate ajuta persoana să-și moduleze mai bine (să păstreze în echilibru) emoțiile, gândurile și atenția. Medicamentele ne ajută să utilizăm capacitățile de a gestiona o situație, în loc să reacționăm într-o manieră prea emoțională, prea detașată, extrem de egocentric sau impulsiv. Când un copil este capabil să-și gestioneze mai bine reacțiile interioare, el poate face față mai bine situațiilor stresante, se comportă adecvat și comunică eficient cu ceilalți oameni.

STRUCTURA CAPITOLULUI 2

În capitolul de față voi parcurge o listă alfabetică de simptome. La fiecare simptom în parte voi prezenta:

- un punct de vedere psihologic; acesta vă va ajuta să înțelegeți mai bine experiența interioară a copilului; poate

include o perspectivă de dezvoltare, de exemplu, modul în care stadiul de creştere şi de maturitate al copilului contribuie la simptom;
- o perspectivă medicală/psihiatrică sau de management privind „semnele de alarmă" mai problematice;
- o „intervenţie posibilă", care este un fel de prim ajutor psihologic. Aceasta vă oferă noi căi de interacţiune cu copilul şi de sprijinire a acestuia, deşi poate fi doar o parte a ceea ce trebuie făcut. În „intervenţia posibilă" pot fi incluse tratamentul profesional, medicamentele şi psihoterapia.

Simptomele enumerate mai jos, în cazul în care nu există o specificaţie în acest sens, nu au apartenenţă de gen. Cu toate acestea, pentru a clarifica discuţia cât mai mult posibil, voi alterna între copii de gen feminin şi masculin. Cuvintele care sunt îngroşate se referă la alte subiecte din lista de semnale de alarmă.

SIMPTOMELE

Agresivitatea: Agresivitatea este prezentă la un copil care este excesiv de energic în interacţiunile cu ceilalţi oameni. Poate apărea atunci când este insistent, lacom, ameninţător sau când se comportă extrem de grosolan. Agresivitatea crescută poate însoţi aproape orice tulburare emoţională, cum ar fi depresia şi atacurile de panică.

Agresivitatea poate exista din cauza unui sentiment cronic de furie. Factorul declanşator nu a fost recunoscut, acceptat sau nu a beneficiat de o reacţie adecvată din partea adulţilor importanţi din viaţa copilului. Se prea poate ca un copil nici să nu ştie care sunt cauzele furiei sale. Astfel, poate fi agresiv cu cineva sau cu ceva care are legătură indirectă cu cauza reală a furiei sale.

În cazul în care copilul prezintă o agresivitate peste nivelul normal pentru vârsta lui, atunci capacitățile lui de a gestiona furia pot fi copleşite şi poate da dovadă de multă furie. Sau poate că fiul sau fiica dumneavoastră are un nivel normal de furie, însă nu a dezvoltat capacitatea potrivită pentru vârsta sa de a o gestiona şi de a comunica despre ea.

Intervenție posibilă: vezi **Furia**

Angoasa de separare: Angoasa de separare se poate manifesta ca **evitare a şcolii** sau ca dificultate de a rămâne peste noapte acasă la prieteni. Un factor posibil este temperamentul înnăscut (vezi **Timiditatea**). Chiar şi anxietatea părintelui, resimțită la separarea de copil, poate declanşa angoasa de separare la copil. Iar unii copii au, pur şi simplu, nevoie de mai mult timp pentru a dezvolta sentimente de încredere în alții şi în sine, necesare în situațiile în care sunt departe de „protectori".

Intervenții posibile:

- Oferiți-i copilului timp suplimentar, apreciere, sprijin şi încurajare cu privire la dificultatea de a fi pe cont propriu.
- Dacă, în ciuda sprijinului dumneavoastră, angoasa de separare stârneşte în copil o tulburare majoră sau îl împiedică să facă lucruri pe care trebuie să le facă, apelați la un consult de specialitate.
- Psihoterapia vă poate ajuta, pe dumneavoastră şi pe copil, să înțelegeți unele dintre cauzele vulnerabilității copilului la separare şi să le abordați.
- Luați în considerare psihoterapia psihodinamică şi terapia cognitiv-comportamentală (TCC). Tehnicile TCC asigură intervenții centrate, de mare folos în reducerea anxietății de separare.

- În cazul în care copilul este blocat într-o anxietate imobilizantă sau are stări de panică şi furie, ce apar în timpul separărilor, este posibil să fie nevoie de medicamente (vezi şi **Anxietatea**).

Anxietatea: Anxietatea trecătoare este normală. Când este uşoară sau moderată, ea creşte nivelul de vigilenţă a copilului pentru a face faţă unor situaţii noi, solicitante sau periculoase. Totuşi, anxietatea poate creşte până la nivelul de panică, devenind atât de persistentă, încât să interfereze cu viaţa cotidiană. Nivelul crescut de anxietate a copilului se poate manifesta printr-o serie de comportamente. Majoritatea simptomelor conţin şi un element de anxietate, astfel încât trebuie să citiţi despre simptomul specific care pare că însoţeşte anxietatea, de exemplu **obsesiile, comportamentul compulsiv, evitarea şcolii** etc.

Intervenţie posibilă: Trebuie să îmbinaţi două abordări diferite ale anxietăţii. În primul rând, ajutaţi-vă copilul să tolereze anxietatea şi să înveţe că îi poate face faţă şi că apoi aceasta trece. În plus, ajutaţi-vă copilul să îndepărteze anxietatea prin elemente constructive de distragere şi prin utilizarea mecanismelor de adaptare.

- Ajutaţi-vă copilul să nu se simtă atât de singur. Dacă percepe empatia dumneavoastră faţă de experienţa prin care trece, poate avea o stare mult mai bună.
- Sprijiniţi-l să dea un sens experienţei prin care trece, identificând anxietatea ca pe o emoţie firească pe care fiecare persoană trebuie să înveţe să o gestioneze şi să afle ce anume o cauzează (vezi Capitolul 4, pasul 5: „Ajutaţi-vă copilul să înfrunte frica", precum şi Capitolul 6).
- Ajutaţi-l să înveţe o serie de tehnici de relaxare dezvoltate de psihologi. Există numeroase casete audio şi CD-uri pentru învăţarea relaxării progresive şi a atenţiei. Pentru

resurse bibliografice referitoare la acest subiect, consultaţi Anexa.

- Psihoterapia cu elemente de terapie cognitiv-comportamentală (vezi Capitolul 8) este de ajutor în identificarea şi înfruntarea gândurilor iraţionale care sporesc anxietatea.
- Uneori, medicamentele pot reduce semnificativ anxietatea incapacitantă a copilului.

Autorănirea/autoabuzul: Copilul mai mic se poate răni când se loveşte de pereţi, când izbeşte cu capul sau când îşi zgândăreşte cojile rănilor. Adolescentul se poate tăia, arde sau răni în alt fel. Astfel de comportamente sunt intenţionate, dar au totuşi un caracter involuntar şi determinat. La copiii mai mici, sentimentele legate de experienţa neglijării şi a privării se află de multe ori la baza unui asemenea comportament. La adolescenţi, comportamentul de acest tip indică faptul că tânărul se simte copleşit de gânduri şi emoţii autopunitive.

Gestul de autorănire poate fi o cale fizică de obţinere a alinării de la ceea ce este resimţit ca o stare copleşitoare de durere şi agitaţie emoţională. Suferinţa emoţională este adesea un amestec de teroare, furie, umilinţă, vinovăţie şi mâhnire.

Paradoxal, autorănirea poate fi şi o modalitate de alinare a apatiei, care se poate manifesta ca un sentiment de toropeală şi de insensibilitate la orice fel de trăire. Amorţeala poate apărea ca reacţie involuntară şi de autoprotecţie în faţa unor repetate episoade de emoţii chinuitoare.

Intervenţie posibilă:

- Evitaţi să adăugaţi copilului o durere suplimentară; nu-l pedepsiţi.
- Reacţionaţi la ce vă transmite copilul despre suferinţa emoţională profundă, apelând IMEDIAT la ajutor de specialitate.

Comportamentul dependent: Copilul pare că se lipeşte de dumneavoastră ca şi cum ar fi speriat de perspectiva de a rămâne singur sau rănit. Îngrijorarea lui cu privire la singurătate poate avea legătură cu teama că ar putea fi abandonat; spaima de a fi rănit poate avea legătură cu sentimentul de vulnerabilitate şi cu teama că părintele protector poate să dispară. Vezi **Angoasa de separare.**

Intervenţie posibilă: În comportamentul dependent al copilului există întotdeauna un conflict subiacent. Dorinţa lui de a fi independent este temporar copleşită de teama şi de nevoia de protecţie.

- Consideraţi această situaţie ca temporară, şi nu ca pe o trăsătură de caracter de durată.
- Validaţi-i această suferinţă şi amintiţi-i că sunteţi conştient că doreşte să fie mai independent.
- Fiţi de acord să lucraţi împreună pentru a-i diminua frica.
- Sprijiniţi-i independenţa remarcându-i reuşitele în această direcţie.
- Comunicaţi-i că aveţi încredere în capacitatea lui de a învăţa să-şi accepte şi să-şi gestioneze frica.

Comportamentul de intimidare: Comportamentul de intimidare este definit ca fiind orice comportament agresiv care: 1) are ca scop rănirea, supărarea sau umilirea; 2) este repetitiv şi 3) apare între persoane între care există un dezechilibru de putere. Comportamentul tiranic poate implica atacuri deschise (ca lovirea sau abuzul verbal) sau poate fi mai ascuns (cuprinzând excluderea, izolarea şi răspândirea de zvonuri şi de minciuni). Atât fetele, cât şi băieţii pot fi agresori sau ţinta atacurilor.

Majoritatea copiilor care sunt victime ale comportamentului de intimidare sunt timizi, tăcuţi, au puţini prieteni şi sunt îngrijoraţi că ar putea fi răniţi emoţional sau fizic. Consecinţele pe

termen lung ale poziției de victimă a comportamentului de intimidare pot fi depresia și stima de sine scăzută.

Cei mai mulți copii cu comportament de intimidare, numiți uneori bătăuși, au nevoie să dețină puterea și să domine, sunt înclinați să aibă o atitudine ostilă față de ceilalți (copii de aceeași vârstă sau persoane cu autoritate) și încalcă regulile în mod frecvent. Însă unii bătăuși pot avea succes la școală și nu prezintă probleme evidente de comportament. Dacă problema rămâne nerezolvată, bătăușul poate ajunge să aibă la maturitate un comportament antisocial pronunțat.

Comportamentul de intimidare îi afectează pe copiii direct implicați în situație, dar și pe martori; în mediile sociale (în clasă, la școală sau în alt context social) subminează sentimentul general de siguranță și respectul reciproc.

Depresia poate fi asociată cu victima comportamentului de intimidare; de asemenea, **comportamentul opozițional** poate fi asociat cu bătăușii.

Intervenție posibilă: În cazul în care copilul are comportament de intimidare, reacționați imediat și cu fermitate:

- Spuneți-i că a avea un comportament de intimidare nu este acceptabil.
- Explicați-i că, dacă în continuare este bătăuș, vor exista urmări negative, dar nu în plan fizic și nici jignitoare (ca de pildă pierderea privilegiilor sau suportarea de penalizări).
- Aduceți-i la cunoștință aceste informații într-o manieră îngrijorată și totodată grijulie.
- Dacă acest comportament se manifestă îndeosebi la școală, luați legătura cu profesorii, pentru a beneficia de ajutorul lor. Aceasta va spori atenția profesorilor cu privire la comportamentul tiranic și va întări eforturile lor de a crea un mediu școlar sigur.

- În cazul în care comportamentul agresiv se manifestă în special în vecinătatea casei, acționați împreună cu ceilalți părinți.
- Oferiți recompense pozitive pentru lipsa acestui comportament.

În cazul în care copilul dumneavoastră este ținta comportamentului de intimidare, trebuie să reacționați la fel de rapid și de ferm:

- Spuneți-i copilului și celorlalți adulți că acest comportament nu este acceptabil și că îl veți opri.
- Atunci când comportamentul tiranic se manifestă mai ales la școală, luați legătura cu profesorii și anunțați-i că trebuie să ia măsuri imediate pentru a rezolva problema.
- Dacă, dimpotrivă, se manifestă în cartier, luați legătura cu ceilalți părinți, care în mod normal nu doresc ca fiul sau fiica lor să aibă un asemenea comportament. Contactați părinții ai căror copii sunt bătăuși, precum și pe cei ai căror copii pot fi martori sau victime.
- Creați-i copilului un context sigur în care să-și comunice sentimentele legate de comportamentul de intimidare și fiți pregătit să stabiliți niște limite pentru comportamentul pe care să îl accepte.
- Sprijiniți copilul să-și afirme drepturile în mod ferm și convingător și să învețe cum să beneficieze de ajutor eficient, pentru a opri comportamentul de intimidare.
- Faceți acest lucru într-o manieră respectuoasă, fără învinuiri și reproșuri. Astfel, veți sprijini părinții bătăușului și-i veți încuraja și pe alți părinți să-și comunice părerea sau îngrijorarea cu privire la această problemă. Adulții trebuie să coopereze pentru a oferi cartierului comunicarea și călăuzirea potrivite.

O mare parte din informațiile de mai sus provin din volumul lui Dan Olweus, *Bullying at school: What We Know and What We Can Do* (*Understanding Children's Worlds*), 1993 (vezi Anexa, „cărți referitoare la probleme specifice/orientate spre simptom").

Comportamentul evitant: Copilul poate gestiona stresul interior stând departe de locurile și situațiile care par să-i genereze chinul. Această evitare poate fi limitată la anumite situații (cum ar fi școala) sau poate fi mai generală (de pildă evitarea oricăror persoane sau locuri necunoscute). O accentuare a comportamentului evitant poate indica un nivel crescut de **anxietate** sau o **depresie** subiacentă. Se poate, de asemenea, să remarcați un tipar de comportament care include **timiditatea** și **rigiditatea**. Citiți despre aceste simptome pe care le-am evidențiat, precum și despre **evitarea școlii**.

Intervenție posibilă: Stresul copilului dumneavoastră poate să fie cel mai evident atunci când el intră într-o situație pe care dorește s-o evite. Însă și nivelul general de angoasă interioară poate fi unul ridicat.

- Comunicați-i copilului că înțelegeți problema lui, dar și că sunteți încredințat că poate face față evenimentelor care îi par atât de dificile.
- Puteți lua în calcul însoțirea copilului în situațiile pe care dorește să le evite, ajutându-l astfel să-și înfrunte cu succes frica.
- Psihoterapia, cu sau fără medicamente, poate fi utilă în reducerea intensității stresului și poate lucra cu problema subiacentă.

Comportamentul opozițional: Comportamentul opozițional înseamnă neascultare, negare sau opoziție, mult mai mult decât afirmarea de sine, firească a copiilor sau adolescenților. Este

caracterizat de o opoziție permanentă față de opiniile celorlalți, în special față de cele ale persoanelor cu autoritate.

Copiii care se opun nu sunt deschiși micilor compromisuri care apar în relațiile umane. În schimb, se poartă ca și cum solicitările sau poveștele obișnuite ar fi afronturi. Viața cotidiană alături de un astfel de copil este extenuantă, iar adesea părintele se simte perplex și ajuns la capătul puterilor.

Comportamentul opozițional poate fi rezultatul unei probleme netratate (vezi **Lipsa de atenție, Hiperactivitatea, Depresia** și **Anxietatea**). Copilul poate să învețe acest tip de comportament dintr-un mediu familial caracterizat de certuri și conflicte cronice. Într-un astfel de cadru, el poate simți că nevoile nu-i sunt satisfăcute sau că nu este înțeles.

Intervenție posibilă:

- De obicei, un tipar de comportament opozițional trebuie abordat cu psihoterapie.
- Luați în calcul terapia de familie pentru a discuta problemele de comunicare și înțelegere reciprocă.
- Aveți în vedere terapia de grup, care-l poate ajuta pe copil să dezvolte deprinderi sociale și toleranță la frustrare/suferință.
- Duceți copilul la evaluare pentru a stabili dacă are vreo tulburare netratată, cum ar fi depresia, o tulburare de atenție sau alte probleme.

Comportamentul ostentativ: Mulți copii prezintă un anumit grad de comportament ostentativ și de solicitare excesivă a atenției. Acest lucru este adevărat mai ales în cazul copiilor mici, a căror abilitate de a menține un echilibru pozitiv al stimei de sine este fragilă și depinde de receptarea pozitivă din partea celorlalți. Tendința de a fi ostentativ poate face parte din

temperamentul copilului, fiind ceva obişnuit la un copil cu o fire exuberantă şi teatrală/sociabilă.

De asemenea, copilul poate căuta atenţie excesivă când se simte singur, când îi este frică de respingerea socială sau nu este apreciat. Sentimentele exagerate de importanţă pot constitui o apărare împotriva sentimentului de inadecvare. În cazul în care copilul are tendinţa de a se purta ostentativ, poate avea deja o întreagă istorie de sentimente de supraapreciere sau subapreciere în cadrul familiei. Indiferent de motive, copilul se poate purta ca şi cum are nevoie din partea altora mai multă atenţie pozitivă decât este firesc.

Comportamentul ostentativ poate fi cauzat de o atitudine neobişnuit de superioară. Dacă o astfel de dispoziţie este cronică, copilul ar putea avea o tulburare de dispoziţie: schimbări ale dispoziţiei rapide şi puternice, de la sentimente depresive şi de inadecvare la unele de excitaţie şi importanţă exagerată.

Intervenţie posibilă:

- Stabiliţi dacă acest comportament ţine de un stadiu al dezvoltării sau este un semn al unei probleme care necesită atenţie. Dacă este un stadiu al dezvoltării, comportamentul are o intensitate scăzută şi se reduce când acordaţi copilului mai mult sprijin şi grijă. În cazul în care comportamentul ostentativ are legătură cu un tipar problematic, copilul pare mai hotărât şi nu va reacţiona prea bine la intervenţiile simple.
- Nu-l faceţi pe copil să se simtă ruşinat, ca modalitate de oprire a acestui comportament. Discutaţi fără să criticaţi: „Se pare că acum ai vrea să capeţi nişte timp şi atenţie în plus".
- Apelaţi la specialist dacă există şi alte simptome care să vă îngrijoreze sau dacă acest comportament ostentativ

creează probleme majore în relaţia cu copiii de aceeaşi vârstă sau la şcoală.

Comportamentul suicidar: Acest tip de comportament, inclusiv ameninţările verbale şi actele de automutilare, este *în acelaşi timp* o cale de comunicare (proverbialul „strigăt de ajutor") *şi* o expresie a suferinţei interioare. Copilul poate fi copleşit, incapabil să comunice profunzimea suferinţei sale şi se simte extrem de singur. Este posibil să se simtă deprimat, lipsit de speranţă, blocat şi neiubit. Se poate să nu ştie cum să-şi comunice în mod adecvat suferinţa şi nevoia de ajutor. Nu este adevărat că cei care vorbesc despre sinucidere nu încearcă niciodată să se sinucidă.

Comportamentul suicidar este un simptom caracteristic al depresiei şi poate totodată să fie prezent şi în alte tulburări însoţite de sentimente de lipsă a speranţei şi de deznădejde, ca de pildă **anxietatea** cronică sau tulburarea de panică.

Intervenţii posibile:

- Întotdeauna luaţi în serios vorbele şi gesturile suicidare.
- Nu uitaţi că fiul sau fiica dumneavoastră suferă foarte mult dacă se află pe punctul de a simţi pulsiuni sinucigaşe.
- Nu ignoraţi „strigătul de ajutor", chiar dacă pare un gest manipulativ şi exagerat.
- Apelaţi întotdeauna la o intervenţie sau la un consult de specialitate.

Compulsiile: Un anumit nivel de comportament compulsiv este normal, în special în timpul perioadei de mijloc a copilăriei, între şapte şi zece ani. Dar dacă fiul sau fiica dumneavoastră are comportamente repetitive care sunt frecvente, de durată, care interferează grav cu funcţionarea socială şi reflectă un stres interior accentuat, atunci este vorba despre o problemă, iar copilul poate fi diagnosticat în mod formal cu tulburare obsesiv-compulsivă.

„Obsesia" indică prezența gândurilor sau a ideilor repetitive, care generează o anxietate accentuată. Vom discuta pe larg acest aspect la **obsesii**.

„Compulsia" descrie repetarea acțiunilor sau a ritualurilor copilului, cum ar fi spălatul frecvent al mâinilor, număratul permanent sau colectarea la nesfârșit de obiecte. Din perspectivă psihologică, acest comportament este înțeles ca o acțiune ce elimină anxietatea și frica asociate cu gândurile obsesive. Comportamentele compulsive par adesea irațională pentru cei din jurul copilului și, de obicei, chiar și pentru copil. Se întâmplă astfel atunci când copilul crede că ritualurile îl vor proteja în mod magic de ceva care-l înspăimântă. Senzația de groază poate fi descrisă doar ca un sentiment sau poate fi însoțită de anumite gânduri și idei.

Determinat de o îngrijorare accentuată, copilul poate simți că nu are de ales în ceea ce privește înfăptuirea acelor acțiuni. Deoarece nu este suficient detașat de emoțiile lui sau din cauză că nu este conștient de ele, copilul nu poate separa sentimentele de teroare de acțiunile pe care le întreprinde pentru a înlătura acele sentimente. O compulsie obișnuită, cum este superstiția de a „bate în lemn" pentru a alunga ceva de care ne temem, conține o parte din trăsătura emoțională a unor astfel de ritualuri. Însă *intensitatea* sentimentului care face parte din compulsie nu este prezentă în superstițiile cotidiene.

Intervenție posibilă:

- În cazul compulsiilor moderate și care nu sunt foarte păguboase, sprijiniți cu blândețe copilul ca să-și înfrunte teama de a nu realiza ritualul respectiv.
- Încurajați copilul cât mai mult cu putință să se oprească din repetarea acelui comportament, să tolereze anxietatea și să exprime prin cuvinte lucrul care îl înspăimântă.

- Ajutaţi-l să se gândească, să identifice şi să găsească modalităţi mai eficiente de a înţelege şi de a stăpâni situaţiile care determină frica.
- Apelaţi la terapia cognitivă (vezi Capitolul 8) pentru a vă ajuta copilul să înveţe să-şi stăpânească mai bine anxietatea şi să dezvolte un program în etape de oprire progresivă a comportamentului compulsiv.
- În cazul compulsiilor care sunt foarte intense şi distrugătoare, tratamentul medicamentos poate fi de ajutor pentru eliminarea lor.

Confuzia identităţii de gen: Copilul poate şti de la o vârstă fragedă că este băiat, însă îl auziţi spunând sau făcând anumite lucruri prin care-şi exprimă dezamăgirea sau stingherealа faţă de genul său fizic. În cazul fetelor, îmbrăcatul cu haine specifice genului masculin este considerat o etapă normală a dezvoltării: sunt fete cu apucături de băiat.

Îmbrăcatul cu haine specifice sexului opus este un semn de confuzie a identităţii de gen, ceea ce diferă de **homosexualitate.** Aceasta din urmă este definită ca prezenţa unei atracţii sexuale faţă de persoane de acelaşi gen/sex. Confuzia asupra identităţii sexuale se referă la dezamăgirea sau stingherealа faţă de genul înnăscut.

O astfel de problemă nu ţine de alegerea copilului, ci este rezultatul unor cauze complexe de care copilul nu este conştient. În unele situaţii de confuzie a identităţii de gen, anormalitatea înnăscută a organelor genitale poate fi un factor major. De multe ori, totuşi, cauzele nu sunt identificate cu uşurinţă.

Confuzia identităţii de gen poate crea copilului un disconfort pronunţat şi poate cauza o tulburare psihologică, aşa cum este **depresia.** Colegii de la şcoală îl pot tachina sau evita pe copil din cauza comportamentului care exprimă confuzia identităţii de gen. Acest fapt nu face decât să adauge şi mai mult stres la o situaţie care deja este stresantă.

Intervenție posibilă:

- Nu lăsați această problemă să domine felul în care vă gândiți la copil sau în care interacționați cu el.
- Psihoterapia psihodinamică îl poate ajuta pe copil să gestioneze mai bine frica, ruşinea şi furia, care adesea sunt părți componente ale confuziei identității de gen.
- Dacă sunteți copleşit de un sentiment de vinovăție sau vă considerați responsabil de problema copilului, vă recomand să apelați la consiliere, care să vă ajute să faceți mai bine față acestei probleme spinoase şi să fiți de mai mare ajutor copilului.
- În cadrul consilierii, discutați despre modalități de a aborda impactul acestei tulburări asupra vieții sociale a copilului şi, probabil, asupra propriei dumneavoastră vieți.
- Nu există tratament medicamentos pentru această problemă. Totuşi, medicamentele pot fi utile în tratarea tulburărilor care se pot ivi din această problemă, ca de pildă **depresia.**

Consumul de droguri: Adolescentul poate începe să experimenteze consumul de droguri sau de alcool din diferite motive. De exemplu, caută să-şi modifice gândirea sau starea emoțională, sau poate că este o reacție la mediul social, căutând astfel sprijinul celor de-o seamă şi stabilirea de legături. Pentru mulți, consumul de astfel de substanțe se limitează la petreceri. Alții, în schimb, avansează la o utilizare mai frecventă şi în timpul săptămânii. Un copil cu o predispoziție mare de a fi influențat de grupul de prieteni şi care se simte înstrăinat de familie este vulnerabil şi prezintă riscul de a deveni un utilizator cu frecvență mare.

Mulți tineri care încep să consume în mod regulat astfel de substanțe încearcă să-şi „trateze" suferința emoțională. În mod ironic, cu cât copilul apelează mai mult la droguri pentru a-şi linişti şi stăpâni sentimentele, cu atât îi este mai dificil să

dezvolte modalităţi potrivite vârstei pentru a-şi gestiona sfera emoţională. Cu cât un copil utilizează mai frecvent droguri, cu atât este mai mare riscul pentru siguranţa lui fizică şi pentru bunăstarea emoţională şi psihologică.

Intervenţie posibilă:

- Comunicaţi cât se poate de limpede propriile dumneavoastră valori cu privire la utilizarea ilicită sau în exces a acestui tip de substanţe.
- Deşi consumul de droguri este foarte des întâlnit, are un sens specific pentru fiecare copil. Puneţi-vă întrebarea: de ce copilul meu a ales acest drum? De ce emoţie sau situaţie copleşitoare încearcă să fugă sau la ce încearcă să facă faţă în acest fel?
- Dacă în trecut aţi consumat droguri, reveniţi la experienţa respectivă cu mintea de adult şi discutaţi cu copilul despre ea.
- Purtaţi această conversaţie cât mai sincer. Nu ascundeţi comportamentul dumneavoastră din trecut şi convingerile actuale cu privire la el. Fiţi onest în legătură cu „farmecul" consumului de droguri pe care l-aţi simţit, chiar dacă acum nu mai consumaţi. Denaturarea sau ipocrizia dumneavoastră nu va face decât să creeze şi mai multă confuzie.
- Luaţi în calcul terapia de familie şi participarea la un program de tratament pentru consumatorii de droguri. Un astfel de program îi poate ajuta şi pe părinte, şi pe copil să afle reacţii potrivite şi constructive la consumul de droguri al copilului.
- Întrucât o depresie subiacentă sau alte dificultăţi emoţionale stau de multe ori la baza problemei abuzului de droguri, se poate să fie nevoie de psihoterapie şi de tratament cu medicamente.

- Dacă dumneavoastră sau partenerul de viață consumați în mod obișnuit droguri sau alcool, va fi mai greu să discutați cu copilul și să rezolvați problema acestuia.

Coșmarurile: Un coșmar din când în când este normal și adesea asociat cu un stres emoțional neobișnuit apărut în timpul zilei (cum ar fi un film de groază, despre care copilul a crezut că e „distractiv").

Totuși, coșmarurile frecvente nu trebuie ignorate. Ele pot face parte dintr-o tulburare anxioasă, pot fi asociate cu tulburarea de stres posttraumatic sau pot fi simptomul unei tulburări de somn, cum sunt **terorile nocturne.**

Intervenție posibilă:

- Identificați modalități de creștere a sentimentul de siguranță al copilului pe timpul nopții. Folosiți rutine de liniștire înainte de culcare, o lampă de veghe, uși deschise și așezarea în pat a unor obiecte care asigură confortul.
- Pentru coșmaruri persistente și continue, apelați la un specialist care vă va ajuta să identificați sursele de stres și să le gestionați (vezi **Problemele de somn**).

Crizele de furie: Crizele de furie sunt o exprimare a enervării, reflectând de obicei o suferință interioară copleșitoare din cauza fricii, a rușinii și a dezamăgirii. Înainte de criză, copilul se poate simți izolat și pare că nimeni nu îl înțelege. Fără a avea o cale mai bună de comunicare a suferinței și de solicitare a ajutorului, copilul izbucnește într-o criză de furie.

Micuțul poate avea toleranță redusă la frustrare din cauza **imaturității** și a eșecului de a dezvolta deprinderile comunicării suferinței.

Intervenție posibilă:

- Întăriți elementele pozitive din relația cu copilul și încercați să înțelegeți mai bine ceea ce-l copleșește.
- Așteptați până trece criza. Apoi, împreună cu copilul, parcurgeți cu delicatețe factorii declanșatori specifici ai evenimentului. Dacă părintele și copilul înțeleg mai bine ce anume a determinat criza, pot găsi căi mai bune pentru ca amândoi să facă față acestor situații. Metoda funcționează mai bine în cazul unui copil mai mare, capabil să gândească în termeni de „cauză și efect".
- Deși criza de furie pare că are scop de manipulare, concentrați-vă mai mult pe suferința care a provocat-o.
- Utilizați „o pauză disciplinară" pentru a-i oferi copilului ocazia să se potolească, să se adune și să se gândească la ce s-a întâmplat (în loc să-i aplicați o pedeapsă).
- Solicitați un consult când crizele de furie au durată mare (o oră sau mai mult), apar frecvent (de mai multe ori pe zi) pe o perioadă lungă (săptămâni) sau nu reacționează la intervențiile obișnuite.

Depresia: Depresia este o stare permanentă de tristețe dureroasă. În contrast cu o simplă tristețe, tristețea asociată depresiei este însoțită de plâns, furie continuă, jenă și vinovăție intense și tulburări ale somnului și apetitului.

Copilul poate deveni depresiv ca reacție la o schimbare sau la o pierdere pe care o resimte ca permanentă, insuportabilă și imposibil de rezolvat. Această schimbare sau pierdere poate fi evidentă (ca de pildă pierderea unei locuințe îndrăgite sau a unei prietenii din cauză că familia s-a mutat) sau nu (cum este cazul pierderii sentimentului de competență sau independență).

Cel mai adesea, ceea ce declanșează depresia este o combinație a două elemente: un eveniment real care are sensuri interioare semnificative. Copilul dumneavoastră deprimat se simte blocat,

lipsit de speranță și, de multe ori, personal responsabil pentru situație. La intensitatea lor maximă, aceste sentimente pot apărea împreună cu gânduri suicidare (vezi **Comportamentul suicidar**).

Intervenție posibilă:

- Acceptați pierderea și ajutați-vă copilul să găsească modalități de a discuta despre pierdere și de a reacționa la ea. Acest lucru poate reduce intensitatea depresiei.
- Dacă tulburarea și ruptura funcționării copilului sunt intense, gândiți-vă să apelați la ajutor de specialitate.
- Apelați la terapie individuală sau de familie pentru a vă ajuta copilul și pe dumneavoastră să identificați schimbarea sau pierderea și să găsiți căi mai bune de a-i face față.
- Deși medicamentele se pot dovedi de mare folos, nu le utilizați ca singura intervenție (vezi Capitolul 9, subcapitolul „Farmacoterapia: întrebări frecvente", numărul 2).

Encoprezisul: Encoprezisul, sau defecarea în lenjerie de către copilul care nu mai este de mult la vârsta educației sfincteriene, nu are o cauză unică. Un factor des întâlnit este dezvoltarea imatură. Aceşti copii par adesea mai mici decât vârsta lor reală. Dacă acest factor este prezent la copilul dumneavoastră, copilul poate părea neîndemânatic în mișcările care solicită musculatura mare și pe cea de expresie, precum și din punct de vedere social. De multe ori, poate gestiona emoțiile asemenea unui copil mai mic și poate avea dificultăți în gestionarea unor sentimente puternice, în special frica și furia.

Un alt factor este eșecul de a dezvolta o bună igienă a defecării (scaune regulate), fapt care, la rândul lui, contribuie la constipația cronică. Apoi, din cauza constipației, fecalele se scurg pe lângă blocaj și produc encoprezisul.

Un al treilea factor este reprezentat de un stres psihologic care apare chiar în momentul educației sfincteriene (cum ar fi

naşterea unui frate sau a unei surori, precum şi absenţa îndelungată a unui părinte). Perturbările emoţionale pot interfera cu dezvoltarea unui control bun al defecării.

Indiferent de factori, encoprezisul este prezent când copilul a defecat în lenjerie, pur şi simplu şi fără să-şi dea seama, sau când nu merge la toaletă la momentul oportun şi se scapă în lenjeria intimă. De obicei, copilul va ascunde lenjeria murdară sub pat, în dulap etc.

Se poate să vă treziţi, fără voie, într-o luptă cu copilul pentru obţinerea controlului, cu mare încărcătură emoţională. *Reacţia* dumneavoastră la encoprezis poate deveni o *cauză* a acestuia, ceea ce poate duce la conflict şi la un comportament opoziţional în alte sfere ale vieţii copilului (vezi Capitolul 3, „Tulburarea rutinei corporale").

Intervenţie posibilă:

- Consultaţi-vă cu pediatrul sau cu medicul de familie, care va decide dacă este nevoie sau nu de analize suplimentare pentru aflarea cauzelor medicale ale problemei.
- Ajutaţi-vă copilul să dezvolte o igienă adecvată a defecării. Stabiliţi un moment pentru mersul toaletă (de obicei după mese) şi asiguraţi-vă că regimul său zilnic include suficiente fibre şi lichide.
- Încurajaţi-vă copilul să stea pe toaletă la momente bine stabilite, în fiecare zi. Recompensaţi-i cooperarea. Copiii cu encoprezis dezvoltă adesea o „fobie de toaletă" şi pot refuza să se aşeze pe scaunul de toaletă.
- Întrebaţi-l pe medicul copilului despre un supozitor, care să-l ajute pe cel mic, în timp ce dezvoltaţi obiceiuri regulate de mers la toaletă.
- Apelaţi la psihoterapie pentru a-l ajuta pe copil să rezolve cauzele psihologice sau emoţionale ale encoprezisului.

- Luaţi în considerare consilierea psihologică pentru părinţi, dacă simţiţi că aţi intrat într-o „luptă a orgoliilor" în această privinţă.

Enurezisul: Udarea nocturnă a patului (numită şi enurezis) este adesea o problemă de maturitate: copilul are nevoie de timp pentru a învăţa controlul vezicii urinare pe timpul nopţii. Probabil că viteza de maturizare este moştenită: de multe ori, cel puţin unul dintre părinţii copilului cu enurezis are antecedente similare în copilărie.

Udarea patului în timpul zilei, ca şi **encoprezisul**, poate fi cauzată de unul dintre următorii factori: dezvoltare imatură şi neputinţa de a simţi senzaţii la nivelul vezicii urinare, dificultăţi de atenţie şi în gestionarea unor emoţii puternice, cum ar fi anxietatea.

De obicei, enurezisul nu este cauzat de probleme psihologice, ci ţine mai degrabă de o întârziere a dezvoltării, ceea ce înseamnă că fiul sau fiica dumneavoastră îl va depăşi odată cu înaintarea în vârstă. Totuşi, udarea patului poate naşte simptome psihologice cum ar fi ruşine, evitarea dormitului la prieteni şi un sentiment de inadecvare. Udarea patului poate fi foarte solicitantă pentru toţi cei implicaţi şi poate duce la conflict cu adulţii, ceea ce duce mai departe la un enurezis şi mai frecvent (vezi Capitolul 3, „Perturbarea rutinei corporale").

Intervenţie posibilă:

- În cazul unui copil de cinci sau şase ani, luaţi în considerare tratamentul medicamentos, pentru a-l ajuta pe micuţ în problema udării patului atât în timpul zilei, cât şi noaptea. Înainte de această vârstă, enurezisul este considerat normal.
- Utilizaţi un instrument comportamental, ca de pildă o alarmă care sună atunci când salteaua se udă. Copilul

trebuie să-şi dorească într-adevăr să se oprească din udarea patului pentru ca această metodă să funcţioneze.
- Dacă apar conflicte cu adulţii, apelaţi la terapie de familie pentru a reconcilia diferenţele şi pentru a aduce pe toată lumea de aceeaşi parte a baricadei (vezi Capitolul 8).

Evitarea şcolii: Copilul poate să experimenteze, să-şi imagineze sau să inventeze motive pentru care să nu meargă la şcoală: probleme medicale sau fizice, poveşti exagerate despre pericolele cu care se confruntă la şcoală. Dacă pericolele descrise de copil par plauzibile, probabil că veţi dori să luaţi nişte măsuri elaborate, care să îl protejeze.

Evitarea şcolii este de obicei o expresie a **anxietăţii de separare:** copilul se poate teme să meargă la şcoală din cauza gândului că nu va mai fi acasă sau alături de familia sa, unde se simte în siguranţă. Este posibil să nu fie conştient de sursa fricii sale sau poate să fie prea confuz ori jenat pentru a şi-o exprima.

Evitarea şcolii poate, de asemenea, să indice că fiul dumneavoastră are o tulburare de învăţare nediagnosticată. Se poate simţi ruşinat şi anxios din pricină că nu învaţă ca alţi copii şi nu are nicio soluţie pentru a face faţă acestei probleme.

Intervenţie posibilă:

- Sprijiniţi cu fermitate mersul la şcoală. La fel cum dumneavoastră aţi merge la serviciu dacă aţi avea o problemă fizică minoră, şi copilul poate merge la şcoală.
- Stabiliţi clar situaţiile în care copilul poate să nu se ducă la şcoală. De exemplu, în cazul în care se plânge adesea de nişte boli vagi, spuneţi-i că poate să stea acasă dacă are febră, dar nu şi dacă temperatura lui este normală.
- Comunicaţi limpede, astfel încât personalul şcolii să ştie că dificultatea copilului dumneavoastră provine din anxietate,

și nu doar dintr-o simplă opoziție. În acest fel, toată lumea implicată poate sprijini și încuraja copilul anxios.

- Întrebați-vă copilul dacă problemele din familie care nu au fost discutate în mod deschis ar putea fi o cauză. Copilul poate reacționa la problemele familiale, fără însă a discuta despre ele. De pildă, fiul dumneavoastră se simte exclus după nașterea unui frate sau a unei surori care stă mereu acasă cu mama. Sau poate că reacționează la un conflict de acasă și se întreabă mereu dacă toată lumea este teafără atunci când el este plecat.
- Luați în calcul terapia de familie pentru a discuta angoasele de separare ale copilului.
- Când simptomele sunt deosebit de intense și durează mult timp, medicamentele pot reduce nivelul de anxietate al copilului sau pot elimina atacurile de panică asociate cu **angoasa de separare.**

Fantasmele: Fantasma înseamnă utilizarea imaginației, ca în „visatul cu ochii deschiși". Copilul înțelege că fantasma are loc în mintea lui și nu o confundă cu realitatea. Fantasmele sunt o modalitate firească de a face față sentimentelor și situațiilor stresante și de a trăi senzația de plăcere. Devin îngrijorătoare când sunt duse la extrem: atunci când sunt atât de frecvente, încât interferează cu activitățile normale ale copilăriei sau când conținutul fantasmelor este foarte agresiv sau sexual.

Copilul poate avea fantasme excesive când este nefericit. Este posibil să creadă că doar în imaginație își poate găsi alinarea. Simțindu-se incapabil să facă schimbări în lumea din jur, își imaginează scene sau istorii care îi potolesc chinul. Fantasmarea are loc mai ales la copiii mici care, în mod obișnuit, au o capacitate redusă de a influența mediul înconjurător. Fantasmele lor pot fi vagi și general valabile. De pildă, fiica dumneavoastră își imaginează că, într-o bună zi, va dovedi altora că are succes și că, în acea zi, oamenii o vor admira și vor dori să fie prieteni cu ea.

Uneori, fantasmele devin specifice şi elaborate. De exemplu, fata îşi imaginează că înscrie un punct pentru echipa sa favorită de baseball sau că un băiat de care îi place se va îndrăgosti de ea datorită unui gest îndrăzneţ.

Uneori, fantasmele apar în discurs, în scris sau în desene. Copilul poate reacţiona la o experienţă foarte stresantă sau traumatizantă, pe care nu a rezolvat-o încă. De exemplu, tatăl unui copil de 12 ani era agent de vânzări, călătorea mult şi la un moment dat a murit brusc. Băiatul mă întreba de multe ori dacă am fost în anumite oraşe. S-a dovedit că fantasma lui era că tatăl trăia încă şi că se deplasa dintr-un oraş în altul. Băiatul se gândise că, dacă fusesem în acele oraşe, exista posibilitatea să-i fi văzut tatăl.

Fascinaţia extremă faţă de filmele de groază sau faţă de jocurile video violente poate indica fantasme subiacente nu tocmai potrivite. Aceste fantasme pot fi o reacţie la experienţe tulburătoare din viaţa reală, care au declanşat sentimente de furie şi de neajutorare. Este posibil ca, prin intermediul fantasmelor, copilul să încerce să rezolve acele dificultăţi.

Intervenţie posibilă: Utilizarea frecventă a fantasmelor poate reprezenta un stadiu normal în dezvoltare, o trăsătură a copilului (care are o imaginaţie bogată) ori o ruptură sau tulburare de dezvoltare. Fantasmele nu trebuie să vă îngrijoreze dacă nu sunt însoţite şi de alte simptome.

- Când copilul are multe fantasme, nu-l tachinaţi şi nu arătaţi că nu apreciaţi asta.
- Dacă doreşte să vă comunice fantasmele pe care le are, ascultaţi cu atenţie şi respectuos.
- Încercaţi să încurajaţi folosirea unor supape sociale potrivite vârstei, pentru eliberarea de fantasme, ca de pildă inventarea unor jocuri împreună cu alţi copii sau participarea la un grup artistic creativ la şcoală sau la biserică.

- În cazul în care fantasmele copilului sunt însoțite de retragerea din cercul de copii sau de înmulțirea crizelor de furie, apelați la un consult de specialitate.
- Dacă fantasmele i se par adevărate copilului, citiți informațiile despre **idei delirante**, de la pagina 105.

Fricile: Aceste stări emoționale dureroase, pe care le trăim cu toții, sunt asociate cu sentimente intense de anxietate și cu senzația de a fi copleșit de anumite situații externe specifice. Fricile obișnuite fac parte din procesul de creștere: frica de întuneric, de a fi lăsat singur, de a nu fi iubit.

Copilului îi poate fi frică în prezența lucrurilor de care se teme, de exemplu atunci când vede un cățel mare. Sau își poate imagina că va fi speriat în viitor: nu vrea să meargă pe stradă deoarece *se teme* că o să vadă un cățel mare. În oricare dintre situații, copilul dumneavoastră este practic îngrijorat că evenimentul „periculos" îi va cauza o durere fizică sau emoțională insuportabilă. Totodată, îi este teamă că nu-și va putea proteja propria persoană. Atunci când copilul are multe frici, probabil că simte că nu poate face față solicitărilor emoționale sau exterioare cu care se confruntă.

Obiectul temerii poate fi ceva specific și palpabil (un cățel) sau simbolic. De exemplu, frica de a face baie și de a fi aspirat de țeava de scurgere poate reprezenta teama de a pierde controlul, de a fi copleșit și insuficient protejat. Fricile cu o latură accentuat irațională sunt cele care stârnesc îngrijorări mai mari (vezi **Obsesii, Comportament evitant**).

Intervenție posibilă:

- Nu-l tachinați și nu glumiți pe seama copilului care are frici irație nale. Frica va persista, însă copilul nu va mai fi dispus să vorbească despre ea.

- Validați teama copilului („Știu că întunericul de la subsol ți se pare înfricoșător"), însă în același timp găsiți niște modalități de a aborda situația care stârnește frica irațională („Hai să ne gândim cum să te ajutăm să nu-ți mai fie frică de întunericul din subsol").
- Dacă aveți o frică irațională asemănătoare cu a copilului, recunoașteți acest lucru. Atunci veți putea să lucrați împreună, în loc să-l forțați pe copil să depășească o frică pe care o aveți și dumneavoastră.
- Luați în calcul terapia comportamentală în demersul de a-l ajuta pe copil să dezvolte un plan lipsit de pericole, pentru a înfrunta fricile deosebit de incapacitante.
- Dacă frica nu cedează la alte intervenții și vă împiedică fiul să desfășoare alte activități utile în dezvoltarea lui pe care dorește să le facă sau care îl împiedică să petreacă timp alături de alți copii, luați în considerare și tratamentul medicamentos.

Fuga de acasă: Mulți copii mici își exprimă durerea și furia față de un părinte vorbind despre fuga de acasă, planificând sau chiar acționând astfel. Adolescenții care fug de acasă își exprimă același tip de sentimente de durere și furie. Aceștia fie nu și-au dezvoltat deprinderi adecvate pentru comunicarea suferinței, fie au senzația că mediul lor familial este insuportabil. Fuga de acasă este o formă de comunicare și o încercare de rezolvare a problemelor.

Intervenție posibilă:

- Răspundeți cu empatie suferinței copilului atunci când vorbește despre sau când se întoarce după ce a fugit de acasă.
- Nu-l faceți să se simtă nici important, nici rușinat.
- Acceptați că fuga de acasă este modalitatea copilului de a-și exprima furia și suferința.

- Nu reacţionaţi impunând doar restricţii sau pedepse, din moment ce acestea nu vor face decât să sporească sentimentul de înstrăinare al copilului.
- Apelând la tact, spuneţi-i că sunteţi îngrijorat în legătură cu siguranţa lui.
- Dacă fuga de acasă recidivează, apelaţi la specialist pentru a vă ajuta, pe dumneavoastră şi pe copil, să identificaţi sursa furiei şi a suferinţei şi să găsiţi căi eficiente de abordare a acestora.
- În special când vine vorba de adolescenţi, nu permiteţi acestui comportament să devină un tipar; este mai bine să apelaţi la ajutor cât mai devreme.

Furia: Furia este un sentiment uman firesc, care comunică stresul copilului şi care-i conferă energia necesară pentru a face ceva în legătură cu el. Devine o problemă atunci când se manifestă prea repede, prea intens sau dacă nu este exprimată corespunzător.

În cazul în care copilul se înfurie prea repede, înseamnă că reacţionează imediat sau exagerat la orice factor stresant. Acest lucru poate indica o toleranţă scăzută la frustrare. Printre factorii generatori se numără lucruri care provoacă iritare imediată sau care privează copilul de plăcere, ca de pildă solicitarea de a închide televizorul sau de a termina convorbirea telefonică. Sau poate fi vorba de elemente iritante de durată care se află la baza unui prag scăzut de izbucnire, ca de exemplu o dorinţă neîmplinită de a fi copil unic sau ca părinţii divorţaţi să se împace.

Copilul îşi poate îndrepta furia către persoana care este văzută ca refuzându-i aceste dorinţe. De pildă, copilul ţipă la părinte atunci când este rugat să aibă grijă de sora mai mică sau să-şi facă temele. Ori îşi direcţionează furia către o persoană indirect legată de stresul resimţit: ţipă la părintele vitreg (furie legată de divorţ), la frăţiorul nedorit (furie împotriva părinţilor pentru că nu-i acordă suficientă atenţie) sau chiar la un martor nevinovat (furie faţă de un membru al familiei sau faţă de un prieten de familie).

În sfârşit, se poate să-şi orienteze furia către orice reprezintă sursa stresului: un manual şcolar, bicicleta stricată sau semnul „interzis mersul cu skateboardul". Comportamentul şi cuvintele pot fi potrivite pentru un copil de vârsta lui. Sau poate că nu.

Adesea, furia este însoţită de alte sentimente cum ar fi jena, teama şi tristeţea. Aceste sentimente pot fi evidente sau umbrite şi ascunse de furie şi pot, totodată, să contribuie la intensitatea furiei exprimate de copil. De exemplu, copilul este în principal foarte trist, deşi e oarecum şi furios în legătură cu faptul că a pierdut ceva ce-şi dorea cu ardoare. Este posibil să nu fie capabil să gestioneze complexitatea experienţei interioare şi, prin urmare, mâhnirea intensă a copilului este uneori exprimată pur şi simplu ca furie. Acelaşi lucru poate fi valabil şi în cazul fricii. Furia poate ascunde o frică neacceptată.

Sentimentele de furie fac parte din viaţă, dar când furia este prea intensă, frecventă, de durată sau când este exprimată în maniere distructive şi nocive, ea trebuie tratată. Expresiile persistente, excesive sau dăunătoare ale furiei pot avea legătură cu tulburări specifice, cum ar fi **depresia** sau **modificările dispoziţiei.**

Intervenţie posibilă: Începeţi să discutaţi calm cu copilul despre felurile în care furia lui este o problemă.

- Încercaţi să identificaţi factori de stres specifici cu care se confruntă copilul. Discutaţi despre ei şi acceptaţi-i, pentru a-l ajuta să nu se mai simtă singur cu necazul lui.
- Într-o situaţie de schimbare a modului său de viaţă sau în cazul unui eveniment major (ca de pildă divorţul), ascultaţi activ sentimentele de jenă, frică sau tristeţe pe care copilul are nevoie să fie ajutat să le identifice şi să le gestioneze.
- Căutaţi modalităţi de îmbunătăţire a toleranţei la stres a copilului. Ajutaţi-l să enumere câteva moduri de autoliniştire atunci când este tulburat sau să dezvolte interese

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

care-i vor amplifica sentimentele pozitive în legătură cu propria-i persoană.
- Încurajați-l să utilizeze mai degrabă cuvinte, nu acțiuni, pentru a-și exprima furia.
- Sprijiniți-l să încerce să-și exprime gândurile și sentimentele în mod constant și clar, și nu în izbucniri scurte, zgomotoase și răzbunătoare.
- Dacă situația nu dă semne de îmbunătățire, apelați la o intervenție de specialitate.

Furtul: Copilul mic care își însușește ceva ce nu-i aparține poate să nu înțeleagă clar dreptul de proprietate sau poate că are o dificultate în stăpânirea dorinței. Furtul este adesea cauzat de imaturitate, mai degrabă decât de o problemă a dezvoltării morale.

Copilul mai mare care fură se poate simți privat și poate crede că are dreptul să ia tot ce-și dorește. Furtul repetat poate face parte dintr-un anumit stil pe care copilul l-a dezvoltat când s-a simțit lipsit de valoare, neînsemnat sau răutăcios. Acest tipar poate evolua dintr-o incapacitate de a solicita adulților și de copiii lor de aceeași vârstă ajutorul pentru a face față acestor sentimente.

În cazul unui tipar al furatului repetitiv, poate fi vorba de o problemă emoțională, cum ar fi **depresia** sau **modificările dispoziției**, ori o problemă de **impulsivitate**.

Intervenție posibilă:

- Ca și în cazul mințitului, întrebați-vă, împreună cu copilul: „De ce oare tu, o fată care poate să fie cinstită și care înțelege că a fura este greșit, n-ai fost cinstită și de data asta?"
- Oferiți-i consecințe firești, cum ar fi punerea copilului să înapoieze sau să înlocuiască ceea ce a furat și să prezinte scuze persoanei de la care a furat.

BCU CLUJ PSIHOLOGY LIBRARY

- Dacă furtul face parte dintr-un tipar de dificultăți, cum ar fi răzvrătirea, incendierea sau mințitul, apelați la ajutor de specialitate.

Gelozia: Această emoție este un amalgam dureros de dorință, dezamăgire, rușine, furie și frică. De obicei, este legată de o relație triunghiulară: copilul poate fi gelos pe o persoană care are un anumit tip de relație cu o a treia persoană; vrea să aibă el acea relație și se simte privat.

Copilul își poate imagina că a fi în relație cu cineva constituie o sursă de satisfacție deosebită, plăcere și mândrie pentru persoana pe care este gelos. El poate crede că relația dorită l-ar proteja de dezamăgire, rușine, furie și frică. O fantasmă similară, de protecție, se poate afla și la baza **invidiei**, care este legată de gelozie și adesea o însoțește. De obicei, **invidia** este orientată asupra unor anumite lucruri sau trăsături pe care le are o persoană și pe care persoana invidioasă dorește să le aibă (vezi **Invidia**).

Rivalitatea dintre frați este una dintre cele mai timpurii trăiri ale geloziei. Gelozia conduce mai departe către simțirea nevoii de a avea, dar fără a căpăta, un anumit tip de relație cu unul sau cu ambii părinți. Copilul gelos se așteaptă ca relația cu unul sau cu ambii părinți să-i ofere sentimentele constante de siguranță, confort, afirmare și plăcere, care par imposibil de obținut în alt mod.

Adesea, gelozia are viață scurtă. Ea devine o problemă când copilul arată o gelozie excesivă și persistentă și-și imaginează că doar o anumită relație (persoană) îl poate face fericit.

Intervenție posibilă:

- Înțelegeți că gelozia este intim legată de gestionarea sentimentelor de rușine, frică și dezamăgire. Acest lucru vă poate ajuta să răspundeți copilului cu mai multă empatie.
- Dacă rivalitatea frățească pare să fie mai puternică decât iubirea și cooperarea dintre frați, abordați această problemă

creând prilejuri pentru interacțiuni plăcute. Nu tolerați rivalitatea intensă dintre frați ca fiind „ceva firesc".

- Dacă fiica sau fiul dumneavoastră este gelos pe o anumită relație sau pe o persoană, ajutați copilul să reducă intensitatea geloziei prin recunoașterea și exprimarea dezamăgirii, a ruşinii, a furiei şi a fricii care există în alte sfere ale vieții lui.
- Aveți în vedere o terapie pentru situațiile de gelozie intensă care creează probleme majore în cadrul relației.

Grijile: vezi **Fricile şi Anxietatea.**

Halucinațiile: Halucinația este un sunet (halucinație auditivă) sau o imagine (halucinație vizuală) care este incorect resimțită ca provenind din afara minții, când de fapt sursa lor se află în mintea persoanei. Astfel de experiențe pot fi normale pentru un copil care abia a-nceput să meargă şi care nu poate face distincția dintre fantasmă şi realitate, însă pentru un copil mai mare sau pentru un adolescent, prezența halucinațiilor indică, de obicei, o tulburare majoră a aptitudinilor psihologice semnificative.

Cauza halucinațiilor nu este de obicei cunoscută, însă uneori se cunoaşte. Halucinațiile permanente, în special cele vizuale sau olfactive (mirosuri), pot indica prezența la copil a unei probleme neurologice sau de alt tip, din sfera medicală. Halucinațiile pot apărea când copilul are febră mare, dispărând odată cu aceasta. Halucinațiile provocate de droguri pot apărea atât în timpul consumului, cât şi în etapa de sevraj; adesea, ele dispar după ce efectul drogului trece, însă nu întotdeauna.

Intervenție posibilă: Copilul care prezintă o astfel de dificultate în realizarea unei distincții între interior şi exterior are nevoie de servicii de specialitate.

- Apelați la un consult psihiatric sau medical general cât mai repede cu putință.

- Solicitați o evaluare medicală completă pentru cauzele tratabile ale halucinațiilor.
- Principalul tratament al halucinațiilor asociate cu boli psihice majore sau cu consumul de droguri îl reprezintă medicamentele.
- Majoritatea halucinațiilor pot fi eliminate în întregime cu ajutorul unui tratament medicamentos adecvat, însă este util și tratamentul psihologic și social de lungă durată.
- Pentru a distrage temporar copilul/adolescentul de la halucinații, provocați-l la conversație.

Hiperactivitatea: Definește un nivel de activitate mult mai ridicat decât al celorlalți copii de vârstă similară. Hiperactivitatea poate fi cauzată de temperament, de o stare permanentă de frică sau anxietate, de o tulburare de dispoziție (ca, de exemplu, tulburarea bipolară) sau o combinație între ele.

Când este asociată cu dificultăți de atenție (vezi **lipsa atenției**) și cu **impulsivitate**, acest comportament poate interfera cu multe aspecte ale dezvoltării copilului dumneavoastră. El poate avea probleme în legarea și păstrarea prieteniilor sau în formarea de deprinderi și în succesul școlar. Dacă fiul dumneavoastră folosește activitatea ca modalitate principală de stăpânire a emoțiilor stresante, pot apărea și probleme în gestionarea frustrării și a menținerii relațiilor de prietenie.

Intervenție posibilă:

- Asigurați-vă că fiul sau fiica dumneavoastră are mai multe supape de eliberare pe parcursul zilei, pentru a elimina energia hiperactivă.
- Pentru copilul de vârstă școlară, mențineți la minimum prilejurile de suprastimulare (cum ar fi grupurile mari sau schimbarea rapidă a activităților).

- Când copilul este sensibil la alimentație și la aportul de zahăr, asigurați-i un regim cu o cantitate limitată de dulciuri.
- Dacă este prezentă o tulburare (simptomele tulburării de hiperactivitate și deficit de atenție – ADHD: lipsa atenției, impulsivitate și hiperactivitate), atunci tratamentul cu medicamente, acizii grași omega-3 (acidul docosahexaenoic – DHA și acidul eicosapentaenoic – EPA) (vezi Capitolul 10) și o formă de psihoterapie pentru a aborda problemele sociale și emoționale asociate pot fi foarte utile.

Homosexualitatea: Homosexualitatea este interesul sexual pentru o persoană de același sex. *Nu* este considerată o tulburare psihică sau un simptom care necesită tratament.

La interesul sexual (heterosexual și homosexual) contribuie numeroși factori biologici de dezvoltare, psihologici și sociali. Interesele sau comportamentele homosexuale pot fi normale în anumite etape de dezvoltare la băieții și fetele cu orientare heterosexuală, în special în timpul etapelor timpurii ale maturizării sexuale. Astfel, este dificil de făcut o predicție a preferinței finale a unui copil pe baza intereselor și a comportamentului din perioada în care acesta încă se dezvoltă psihologic.

Însă știm că suferința psihologică poate fi asociată cu homosexualitatea. În mod obișnuit, stresul provine dintr-un sentiment al respingerii sau al stimei de sine vătămate care rezultă din ostilitatea și negativitatea celorlalți atunci când copilul „recunoaște în public". Durerea emoțională poate apărea și când copilul se simte diferit de alte persoane importante pentru el.

Intervenție posibilă:

- Dacă sunteți îngrijorat cu privire la orientarea sexuală a copilului, se poate să vă fie util să vă alăturați unui grup de sprijin pentru părinți sau să începeți o psihoterapie.

- În cazul în care copilul este ferm în ceea ce priveşte orientarea sa sexuală, *nu este* recomandată o psihoterapie care să abordeze problema sexualităţii în general.
- Atunci când copilul prezintă o stare de incertitudine, îndoială sau conflict cu privire la orientarea sa sexuală, se poate ca terapia să-i fie de folos.
- Psihoterapia îl poate ajuta pe copil să gestioneze stresul izvorât din diferenţele faţă de membrii heterosexuali ai familiei sau de copiii de aceeaşi vârstă şi poate avea impact asupra izolării sociale sau a depresiei rezultate din stigma care este uneori ataşată homosexualităţii.

Ideile delirante: Ideile delirante distorsionează un aspect al realităţii. În cazul în care copilul dumneavoastră are astfel de idei, se poate să vă fie dificil să înţelegeţi unele dintre faptele sale şi/sau motivele care stau la baza acestora. De pildă, se poate ca fiul dumneavoastră să creadă că profesorii vor să-l lase corigent. Este de părere că aceştia dau lucrări de control şi teze în aşa fel încât el să nu ia note de trecere şi se hotărăşte să nu mai meargă la şcoală. Convingerea nu se schimbă prea uşor, întrucât el o vede ca fiind „realitatea". Situaţia aceasta este opusă poveştii inventate de un copil mai mic, care doar are fantasme şi ştie că relatarea lui nu este reală. Explicaţiile delirante sunt mai des întâlnite la copii mai mari şi la adolescenţi.

Din punct de vedere psihologic, copilul poate să prezinte astfel de idei delirante când se simte vulnerabil, lipsit de protecţie şi copleşit de emoţii extrem de tulburătoare (vezi **Fantasmele**).

Intervenţie posibilă: Ideile delirante sunt gânduri care nu se pot schimba uşor prin intermediul raţiunii, însă vă puteţi ajuta copilul înţelegând profunzimea problemei sale.

- Ajutaţi-vă copilul să vorbească despre sentimentele lui dureroase.

- Dați dovadă de empatie față de problema lui.
- Apelați la o consultație de specialitate pentru a stabili ce puteți face pentru a-l ajuta să diminueze acest mod de a stăpâni/gândi problema, precum și sursele necunoscute de stres.
- Medicamentele îl pot ajuta pe copil diminuând emoțiile extrem de tulburătoare, permițându-i să gândească mai limpede despre ce este real și ce nu și creând un mediu în care psihoterapia să fie mai eficientă.

Imaturitatea: Imaturitatea psihologică și socială se referă la faptul că fiul sau fiica dumneavoastră are o purtare tipică unui copil mult mai mic. Astfel, imaturitatea poate fi episodică sau permanentă.

Regresia episodică este normală: copilul regresează la un stadiu anterior când este supus stresului, și resimte furie, frică, tristețe sau jenă, sentimente care pot să copleșească abilitățile copilului de a gestiona situația respectivă. De exemplu, un preadolescent care urmează să plece pentru prima dată într-o excursie cu cortul poate să-și dorească să fie dus la culcare ca atunci când era mai mic. Ar putea avea nevoie de o asigurare suplimentară cu privire la capacitatea sa de a face față primei lui experiențe pe cont propriu, departe de casă.

Comportamentul imatur continuu reflectă adesea întârzieri în dezvoltarea emoțională a copilului. Acest lucru poate fi cel mai evident atunci când îl comparați cu ceilalți copii de vârstă similară. Nu uitați că fiecare copil se maturizează în ritmul său propriu. Imaturitatea copilului dumneavoastră poate să fie evidentă atunci când îi comparați dezvoltarea cu nivelul la care credeți că ar trebui să fie. Expectațiile pe care le aveți pot fi nejustificat de mari (lucru obișnuit la cei care sunt părinți pentru prima dată) sau poate că expectațiile sunt rezonabile, dar copilul nu se poate ridica la înălțimea lor. Este posibil ca și dumneavoastră, și copilul să acceptați cu greutate imaturitatea lui și să vă

doriți ca el să se descurce mai bine în situații sociale și emoționale complexe.

Intervenție posibilă: În ciuda imaturității continue a copilului, acesta va crește.

- Discutați cu copilul despre faptul că pare mai mic decât vârsta pe care o are. Faceți asta într-o manieră necritică și nu uitați că va crește cu adevărat.
- Atunci când încearcă să recupereze pentru a ajunge la nivelul vârstei lui cronologice, s-ar putea să fie nevoie să-l ajutați să accepte că nu este atât de matur pe cât și-ar dori el sau v-ați dori dumneavoastră.
- Uneori, ați putea crede că este „prea mare" pentru a necesita atenție sau ajutor special și, cu toate acestea, comportamentul lui vă poate spune contrariul. Oferiți-i mai multă organizare, timp și „ocrotire" părintească în situații stresante și pentru emoții dificile.
- Imaturitatea psihologică și socială poate fi încurajată neintenționat de anumite tipuri de interacțiuni familiale. Dacă sunteți de părere că se întâmplă acest lucru, apelați la o consultație din partea unui terapeut specializat în psihoterapie de familie.
- Când copilul este motivat, terapia individuală îl poate ajuta să-și conștientizeze în mai mare măsură emoțiile care contribuie la comportamentul imatur.

Impulsivitatea: Un copil impulsiv are tendința de a lua decizii sau de a acționa fără să se gândească la posibilele consecințe ale comportamentului său. Impulsivitatea poate proveni din unul sau mai mulți factori:

- Poate fi cauzată de o întârziere în dezvoltare, provocată de o deteriorare sau de imaturitatea sistemului nervos al copilului.

- Poate reflecta pur şi simplu un stil comportamental.
- Poate fi o reacţie la anxietate sau la altă stare emoţională dificilă.
- Copilul poate căuta alinarea într-o gratificare instantanee, utilizând acţiuni imediate pentru a îndepărta sau pentru a învinge temporar suferinţa.

Copilului îi poate fi extrem de dificil să tolereze emoţiile care însoţesc incertitudinea sau nehotărârea şi care sunt cel mai bine perlaborate încet şi gradat. Impulsivitatea copiilor creşte odată cu accentuarea anxietăţii, a furiei sau a vinovăţiei. Perioadele de tranziţie sau alte situaţii slab structurate au risc crescut de sporire a anxietăţii. Situaţiile de suprastimulare, cum ar fi cumpărăturile într-un mall, pot determina o purtare impulsivă şi scăderea toleranţei la amânare şi gândire înainte de acţiune.

De exemplu, o fată de 13 ani care se află în custodia mamei sale, după un divorţ al părinţilor extrem de conflictual, poate simţi o anxietate crescută în legătură cu vizitarea tatălui. Pentru ea, tatăl a fost un bărbat mai degrabă absent, oarecum intimidant, însă îndrăgit. Ea este nervoasă din cauza sentimentelor conflictuale de frică şi iubire stârnite de întrevederea cu el. În ziua vizitei, fata îşi poate tunde impulsiv părul, poate fura ceva sau se poate purta în aşa fel încât să saboteze vizita.

Intervenţie posibilă: Copiii mai mici sunt mai impulsivi decât cei mai mari. Oricare ar fi gradul de impulsivitate al copilului, indiferent de motiv, există mari şanse ca aceasta să scadă odată cu vârsta. În timp ce aşteptaţi să parcurgă paşii dezvoltării, luaţi în calcul următoarele intervenţii:

- Analizaţi cu mai mare atenţie situaţiile care provoacă anxietate. Lucraţi împreună cu copilul, ajutându-l să identifice stările emoţionale care declanşează comportamentul impulsiv.

- Evaluarea de specialitate poate fi de ajutor în stabilirea măsurii în care impulsivitatea copilului afectează dezvoltarea, precum şi a situaţiilor stresante.
- Dacă se recomandă un tratament, se poate ca acesta să se concentreze pe oferirea de structură şi disciplină copilului.
- Dacă la impulsivitate contribuie o tulburare ce poate fi identificată, cum ar fi ADHD, o tulburare anxioasă sau una de dispoziţie, pot fi utile şi medicamentele ca parte a tratamentului.

Incendierea: Mulţi copii, mai ales băieţii, sunt interesaţi de foc. Ei sunt fascinaţi de intensitatea acestuia şi de căldură. Sau pot fi atraşi de calităţi asociate simbolic cu focul: spontaneitatea şi explozivitatea, puterea şi ferocitatea lui.

La incendiere contribuie numeroşi factori, cum ar fi **impulsivitatea** sau judecată redusă, dezvoltarea socială şi emoţională imatură, precum şi înstrăinarea de autoritatea adultă (vezi **Răzvrătirea**). Incendierea poate fi un simptom manifestat la exterior al unei tulburări subiacente, cum ar fi depresia. Sau poate exista o legătură de ordin psihologic cu un abuz fizic sau sexual anterior, care scoate la iveală o problemă referitoare la grija pentru ceilalţi sau la acceptarea şi respectarea regulilor de siguranţă (vezi **Simptomele legate de traumă**). Copilul poate avea, de asemenea, o obsesie pentru foc pe care o transpune compulsiv în fapte.

Un copil preocupat excesiv de foc sau care dă intenţionat foc, cu scop distructiv, necesită evaluare de specialitate urgentă, la fel ca şi unul care porneşte accidental un incendiu grav.

Intervenţie posibilă:

- Interesaţi-vă de un program educaţional pentru copii organizat de brigada locală de pompieri.
- Asiguraţi-vă că brichetele şi chibriturile nu se află la îndemâna copiilor.

- Recompensați copilul atunci când vă aduce cutii cu chibrituri sau brichete pe care le găsește uitate prin casă.
- Spuneți-i calm copilului că doriți să-l ajutați să nu pornească incendii și că veți face tot ce este nevoie pentru a elimina acest comportament periculos, întrucât sunteți îngrijorat cu privire la răul care i se poate întâmpla lui, vouă ca părinți și altor oameni.
- Apelați la o consultație de specialitate pentru a identifica factorii specifici determinanți ai comportamentului și pentru a beneficia de sugestii în ceea ce privește tratamentele posibile.

Insolența: Insolența este definită ca indiferența la dorințele și sentimentele altora. Este posibil ca ea să reflecte un nivel crescut de centrare pe propria persoană, o stare de furie bruscă sau cronică ori niște aptitudini sociale insuficient dezvoltate (vezi Ostilitatea). Copilul poate avea deprinderi sociale slab dezvoltate, din pricina unei instruiri sociale defectuoase sau a vreunei insuficiențe care-l împiedică să înțeleagă (intelectual și emoțional) regulile relațiilor sociale firești. O astfel de indiferență poate fi prezentă la copiii care trec printr-o tranziție stresantă și de durată, care se confruntă cu o întârziere în dezvoltare sau cu o tulburare psihică majoră.

Intervenție posibilă:

- Nu-l faceți pe copil să se simtă rușinat de insolența lui.
- Atrageți-i atenția într-o manieră necritică, spunându-i că trebuie să fie mai atent la sentimentele celorlalți și oferiți-i căi alternative de a se exprima într-o astfel de situație.

Frank este un copil cu o întârziere în dezvoltare care adesea se adresează celorlalți în mod jignitor. De obicei, aceste adresări exagerează înfățișarea fizică a persoanei respective: „Salut,

grăsane!", „Salut, cheliuță!" Tatăl i-a spus răspicat că astfel de comentarii sunt jignitoare și că trebuie să-i salute pe ceilalți spunând „bună" sau „salut".

- Apelați la asistență de specialitate care să-l ajute pe copil să identifice și să abordeze emoțiile și gândurile subiacente care contribuie la insolența lui.

Insomnia: Dificultatea copilului de a adormi, de a rămâne în starea de somn sau trezitul foarte devreme, toate sunt forme de insomnie. Tipul de insomnie variază în funcție de cauză. Îngrijorarea și anxietatea duc adesea la dificultatea de a adormi. Trezitul foarte devreme dimineața poate fi asociat cu depresia sau cu tulburarea de hiperactivitate/deficit de atenție. Stresul sau traumele anterioare care au avut loc în principal noaptea pot, de asemenea, provoca insomnie.

Un nivel crescut de **anxietate** și de **angoasă de separare** îl poate face pe copil să se trezească din vise înspăimântătoare sau îl poate face să se simtă neliniștit atunci când, la momentul culcării, este lăsat singur cu fricile și fantasmele lui. Când copilul este mic și are dificultăți de a face distincția între gânduri și realitate, monștrii pot părea, într-adevăr, reali.

Lipsa unor obiceiuri bune de pregătire pentru culcare (cum ar fi rutine de liniștire înainte de culcare și ritualuri de culcare) poate să contribuie, de asemenea, la insomnie.

Intervenție posibilă:

- Stabiliți o oră riguroasă de culcare pentru copil. Dacă este mic, folosiți o rutină sau un ritual de liniștire înainte să părăsiți dormitorul: cântați un cântecel, spuneți o poveste sau faceți o altă activitate care este liniștitoare și poate fi repetată în fiecare seară, fără variații semnificative.

- Acordați-i copilului sprijin suplimentar pentru o vreme, pentru a-l ajuta să se simtă în siguranță în patul său. De pildă, spuneți-i că veți veni frecvent să vedeți ce face (și procedați întocmai!) sau că stați lângă ușă, afară din cameră, până când adoarme.
- După această perioadă, faceți tranziția către un sprijin mai redus.
- În cazul în care copilul a avut probleme semnificative la adormire, consultați-vă cu medicul de familie cu privire la utilizarea unui medicament pe bază de plante sau a unui alt medicament prescris de medic, ca sprijin pentru începerea unei noi rutine de culcare.

Invidia: Invidia este o emoție firească, dar dureroasă. Este un amalgam de dorință, rușine, furie și frică. Devine o problemă doar atunci când este persistentă, intensă și înlătură emoțiile pozitive. Invidia persistentă poate conduce la relații deficitare cu copiii de aceeași vârstă și la sentimente cronice de privare sau inadecvare.

Invidia copilului poate fi orientată către posesiunile altei persoane (cum ar fi un joc video sau o mașinuță) sau poate avea un obiect nematerial, ca, de exemplu, trăsături personale sau fizice (ca de pildă inteligența, popularitatea, talentul sportiv sau frumusețea).

Invidia excesivă și persistentă poate indica sentimente subiacente de privare, inadecvare, lipsa valorii sau a drepturilor, care provin din alte surse. Invidia copilului poate fi stimulată indirect de un interes excesiv față de bunurile materiale, copiat după modelul familiei, al prietenilor sau al culturii generale. Ori poate fi stimulat indirect de o atenție crescută față de ordinea socială și de o perspectivă puternic competitivă, ambele contribuind la considerarea diferențelor individuale în termeni reducționiști de „câștigători" sau „învinși". Și aici, această atitudine poate fi încurajată de familie, școală sau de mediul cultural în general.

Intervenție posibilă:

- Spuneți-i copilului că sentimentul de invidie nu vă este străin.
- Dați dovadă de înțelegere când vine vorba despre cât de dureroasă poate fi această emoție. Astfel, îl puteți ajuta pe copil să nu se mai simtă atât de singur și de invidios.
- Discutați cu copilul despre legăturile dintre materialismul excesiv, competiția puternică și invidie.
- Dacă invidia persistă, este generalizată și afectează relațiile, psihoterapia poate fi de ajutor în reducerea efectelor negative.

Iritabilitatea: Iritabilitatea poate apărea ca un nou ton în glasul copilului, când interacționează cu dumneavoastră, sau în reacțiile adeseori negative la sugestiile părinteşti. Această frecvență reprezintă o stare de nivel redus de furie cronică (vezi **Furia** și **Ostilitatea**).

Încăierarea: Dacă fiul sau fiica dumneavoastră se implică adesea în altercații fizice, este posibil să aibă acumulată multă furie subiacentă. Se poate să-i învinuiască pe ceilalți pentru încăierări.

În unele cazuri, cealaltă persoană este doar un înlocuitor. De pildă, copilul este furios pe cineva din familie, însă își varsă furia pe un copil de la școală sau din cartier. Uneori, bătăile sunt o modalitate de gestionare a conflictului învățată de la membrii familiei sau de la alte persoane. Implicarea frecventă în bătăi poate reflecta faptul că respectivul copil nu și-a dezvoltat modalități mai bune de a gestiona sentimentele și nu a învățat cum să utilizeze limbajul ca o cale de a rezolva un conflict.

Intervenție posibilă:

- Dacă încăierarea are loc în casă sau în afara ei, întrebați-vă de ce copilul resimte atât de multă furie.

- Limbajul poate provoca o încăierare, dar în acelaşi timp o poate şi împiedica. Ajutaţi-vă copilul să înveţe să ceară ajutor şi să nu fie atras în comportamentul negativ al altora.
- Discutaţi despre sursele furiei (vezi **Furia**).
- Dacă majoritatea bătăilor în care este implicat copilul au loc în afara locuinţei, este cazul să vă întrebaţi ce sentimente de mânie nu sunt exprimate în cadrul căminului. Care este modalitatea familiei de a gestiona furia?
- Încurajaţi-vă copilul să dezvolte deprinderi mai bune de rezolvare a conflictului.
- Luaţi în calcul un program de gestionare a furiei în clinicile locale. Astfel de programe, prin intermediul predării directe a lecţiilor şi al experienţei de grup, se concentrează pe diferite moduri de a face faţă furiei, combat ideile care menţin comportamentul furios şi oferă prilejuri de practicare a schimbării.
- Furia persistentă poate indica o tulburare emoţională subiacentă; dacă intervenţiile anterioare par să nu dea rezultate, consultaţi un specialist în sănătate mentală pentru copii.

Limbajul precipitat: Când copilul vorbeşte foarte repede, sărind iute de la o idee la alta şi fără să aştepte replica, înseamnă că are „limbaj precipitat". Deşi majoritatea scurtelor episoade de limbaj precipitat indică o stare de exuberanţă sau un nivel crescut de anxietate, un astfel de comportament care este permanent poate indica **anxietate** cronică, o **tulburare de dispoziţie** sau **hiperactivitate.**

Intervenţie posibilă:

- Sporiţi gradul de conştientizare a copilului cu privire la limbajul precipitat, într-o manieră necritică, spunându-i că vorbeşte atât de repede, încât este greu de urmărit.

- Dacă problema principală este **anxietatea, modificările dispoziției** sau **hiperactivitatea**, citiți fiecare dintre aceste subiecte din capitolul de față pentru a afla ceea ce puteți face.
- Dacă episoadele se prelungesc și copilul nu reacționează la intervențiile dumneavoastră, apelați la o intervenție de specialitate.

Lipsa atenției: Întârzierile sau perturbările în deprinderea de a se concentra și de a-și păstra concentrarea pot fi evidente atunci când comparați copilul cu alți copii de aceeași vârstă. Astfel de întârzieri pot conduce la tipurile de dificultăți discutate la **hiperactivitate:** copilului îi poate fi dificil să-și facă prieteni și să-i păstreze, să-și formeze deprinderile sau să aibă succes la școală (vezi și „Perturbarea activității corporale" din Capitolul 3).

Problemele lipsei de atenție pot fi însoțite de blocaje în dezvoltarea cognitivă, iar progresul școlar poate fi lent (vezi **Probleme/tulburări de învățare**). Se poate bloca și dezvoltarea emoțională sau cea socială. Adesea, lipsa atenției este însoțită de **impulsivitate.** În cazul în care copilul este lipsit de atenție doar la școală, poate fi vorba de o nepotrivire între deprinderile copilului și ceea ce oferă școala.

Intervenție posibilă:

- Capacitatea copilului de a se concentra și de a-și păstra concentrarea se va îmbunătăți odată cu înaintarea în vârstă și cu dezvoltarea.
- Când încercați să ajutați copilul cu sarcinile școlare, aflați în ce condiții i se îmbunătățesc concentrarea și atenția și în ce condiții scad.
- Tratamentul psihologic, acizii grași omega-3 (vezi Capitolul 10) și psihoterapia îl pot ajuta pe copil (vezi **Hiperactivitatea**).

Manipularea: Asemănătoare, dar diferită de **minciună**, manipularea indică nevoia copilului de a face uz de mijloace necinstite pentru a obține ceva ce altfel pare că nu poate fi obținut. De exemplu, fiica dumneavoastră poate cere să o duceți cu mașina la mall, motivând că vrea să cumpere un cadou pentru sora ei, ceea ce poate fi adevărat, însă planul real este să se întâlnească cu un iubit pe care nu-l agreați.

La baza comportamentului manipulativ al copilului se pot afla un sentiment de neputință și o lipsă de deprinderi prin care să obțină ce dorește cu ajutorul unor mijlocare mai directe. Totodată, el poate avea o toleranță redusă la frustrarea că nu obține ce vrea și încearcă, cu orice preț, să evite sentimentele de tristețe sau furie.

Uneori, se utilizează termenul de „manipulare" în legătură cu un copil, întrucât comportamentul acestuia este contrar cu ceea ce dorește adultul, iar micuțul încearcă să-și croiască drum într-o manieră corectă. De exemplu, fiica dumneavoastră face curat la ea în cameră și-și îndeplinește toate îndatoririle în speranța că vă va binedispune, astfel încât îi veți permite să facă ceva cu care se poate să nu fiți de acord. Acest tip de comportament nu este manipulativ, ci mai degrabă planificat și strategic.

Intervenție posibilă:

- Ajutați-vă copilul să înțeleagă că limitele pe care le impuneți nu-l privează și nici nu-l pedepsesc.
- Explicați motivele existenței acelor limite. Deși copilul poate să nu fie de acord, auzind argumentele dumneavoastră se va simți mai puțin neputincios.
- Spuneți-i că-i înțelegeți dezamăgirea și iritarea izvorâte din faptul că nu obține ceea ce-și dorește.
- Admirați orice expresie cinstită și directă a dorințelor sale, atunci când este cazul, chiar dacă refuzați solicitarea.

- Dacă remarcaţi că în rezolvarea acestei probleme de comportament apare furia, apelaţi la o consultaţie cu un specialist.

Minciuna: Minţitul este determinat de impulsul copilului de a reprezenta eronat realitatea, de obicei pentru a evita ceva dureros. Minciuna poate fi totodată cauzată de ruşinea sau de vinovăţia accentuată pe care copilul o resimte în legătură cu comportamentul său; se poate ca el să vrea să evite acele sentimente, distorsionând realitatea. Sau poate că vrea să evite o reacţie în forţă a părintelui. Când copilul este foarte mic, este posibil să nu simtă că vinovăţia şi ruşinea vin din interior, ci exclusiv din partea părintelui.

De asemenea, copilul poate să mintă din dorinţa de a obţine ceva plăcut (de exemplu, prăjituri înainte de masă sau permisiunea de a se duce acasă la un prieten, fără supraveghere), ceva ce nu crede că poate obţine în alt mod.

Minciuna este firească din perspectiva dezvoltării, însă, când un copil minte în mod repetat şi frecvent, probabil că nu a reuşit să dezvolte metode potrivite pentru gestionarea dorinţelor. Un copil care minte are tendinţa să se îndoiască de capacitatea sa de a obţine ceea ce doreşte. Se poate simţi incapabil să facă faţă dezamăgirii, poate să se îndoiască de faptul că ceilalţi vor înţelege sau vor reacţiona la nevoile lui. În acest caz, minţitul devine un obicei.

Intervenţie posibilă:

- Sinceritatea dumneavoastră faţă de copil este cel mai bun model pentru ca el să fie cinstit.
- Întrebaţi-vă, împreună cu copilul: „De ce oare tu, un băiat care poate să fie cinstit şi sincer, n-ai fost aşa şi de data asta?"

- Nu încercați să-l „prindeți" sau să păcăliți copilul ca să-l faceți să mintă, punându-i o întrebare la care știți deja răspunsul.
- Luați în considerare terapia de familie pentru a îmbunătăți comunicarea și lucrați împreună la această problemă, întrucât pare că nu ajungeți nicăieri de unul singur.
- Dacă mințitul persistă și dă naștere unor probleme sociale semnificative, apelați la un specialist, mai ales dacă gestul se înscrie într-un tipar mai larg de problematici, cum ar fi **răzvrătirea, incendierea** sau **furtul.**

Modificările dispoziției: Stările emoționale stabile, pe care le numim dispoziții, au și o capacitate firească de a varia. Copilul poate trece prin perioade predictibile de dispoziții diferite: vesel sau energic, potolit sau tăcut, ori echilibrat.

În circumstanțe firești, schimbările de la o dispoziție la alta nu sunt nici extreme și nici rapide. Totuși, copiii, în special adolescenții, trec uneori prin perioade caracterizate de schimbări rapide ale dispoziției. Acestea pot fi cauzate de salturi hormonale legate de creștere, alte cauze fizice sau de schimbări psihologice și sociale. În mod normal, perioadele de modificări ale dispoziției mai accentuate sau bruște nu sunt foarte frecvente și nu durează mai mult de două săptămâni.

Chiar și așa, dispozițiile copilului pot alterna între perioade de deosebită exaltare sau iritabilitate și perioade de depresie și deznădejde. Schimbarea este posibil să apară încet sau brusc. Comportamentul și funcționarea copilului în oricare dintre aceste stări pot cauza probleme numeroase. Dispozițiile diferite pot perturba grav judecata și îl împiedică pe copil să-și poată amâna impulsurile și să reflecteze la o situație. Prin urmare, schimbările de dispoziție pot interfera cu capacitatea copilului de a-și păstra integritatea corporală. Dacă apar astfel de dispoziții extreme, copilul poate fi diagnosticat cu o tulburare majoră de modulare a dispoziției, numită de obicei *tulburare bipolară*.

Adesea, calitatea schimbărilor dispoziției unui copil este rezultatul a mai mulți factori greu de decelat. Schimbările de dispoziție ale copilului au loc în special în funcție de stresul situațional? Se poate ca un astfel de stres să fie acut sau cronic, să fie vizibil sau ascuns (cum este cazul abuzului sexual neidentificat). Sau poate că schimbările de dispoziție provin dintr-o problemă fundamentală, legată de reglarea dispoziției în conexiune cu cauze temperamentale și de dezvoltare?

Intervenție posibilă:

- Lămuriți-vă dacă fiul sau fiica dumneavoastră înțelege că are schimbări de dispoziție.
- Dacă sunteți amândoi de acord cu faptul că are modificări ale dispoziției, colaborați pentru a afla dacă există cauze identificabile. Această categorie include incidente de tipul unui stres recent în cadrul familiei sau în exteriorul acesteia, o modificare recentă în rutina somnului sau alte schimbări fizice.
- Abordați toate cauzele identificate.
- Dacă nu sunteți de acord cu privire la existența modificărilor dispoziției, acceptați că aveți perspective diferite.
- Încercați să vă puneți de acord cu privire la felul în care veți colabora pentru a aduce cele două puncte de vedere la un numitor comun. De pildă, vreme de câteva săptămâni sau o lună, fiecare dintre voi poate să țină un jurnal al comportamentelor și al modificărilor dispoziției, iar apoi să comparați însemnările.
- Analiza frecvenței, a intensității și a consecințelor simptomelor realizată în Capitolul 1 este utilă atunci când apelați la un consult de specialitate.
- Dacă solicitați ajutorul unui specialist care vă recomandă tratament medicamentos, citiți pe larg despre tratamentul psihofarmacologic din Capitolul 9.

Obsesiile: Obsesiile sunt tipare repetitive de gândire, concentrate adesea pe un anumit subiect. De exemplu, poate că fiul dumneavoastră petrece mult timp gândindu-se la ceva ce s-a întâmplat cu mulți ani în urmă sau este preocupat și îngrijorat că va fi contaminat cu microbi. Se poate să spună că acest tipar de gândire îl ajută să se concentreze asupra altor lucruri sau că îi distrage atenția.

Gândurile obsesive pot fi însoțite de orice sentiment: tristețe sau rușine (ca în cazul preocupării față de trecut), frică sau teroare (ca în exemplul despre contaminare). Cele despre materiale pornografice pot fi plăcute, însă de multe ori sunt însoțite de rușine sau vinovăție accentuată.

Uneori, copiii desfășoară o acțiune pentru a controla gândurile obsesive (**compulsie**). Compulsiile pot fi totodată o tentativă magică de alungare a unor evenimente sau sentimente care i se par copilului copleșitoare și periculoase. Când atât obsesiile, cât și compulsiile sunt prezente, specialiștii utilizează termenul de „tulburare obsesiv-compulsivă".

Din perspectivă biologică, obsesiile sunt considerate „tipare de blocaj al creierului", pentru care cel mai bun tratament este cel medicamentos. Din punct de vedere psihologic, gândurile obsesive sunt niște ramificații ale străduinței copilului de gestionare a emoțiilor dificile. Frica, furia, vinovăția sunt trăiri care se pot ivi în mod firesc într-o zonă a existenței sale, iar copilul poate încerca să le facă față indirect sau simbolic, în altă sferă a vieții.

De exemplu, poate avea o idee obsesivă cum că mâinile îi sunt contaminate cu microbi care îi vor periclita întreaga familie. Ideea aceasta se poate dezvolta atunci când copilul încearcă să-și gestioneze sentimentele de furie față de membrii familiei pe care-i iubește. Sentimentele par amenințătoare și greu de stăpânit. Mintea lui înlocuiește gândurile și emoțiile periculoase cu microbi, iar atunci își concentrează atenția asupra controlului microbilor, aceasta constituind o încercare involuntară de

gestionare a furiei. Aşadar, el este blocat în tipar în loc să se confrunte direct cu acele sentimente.

Intervenţii posibile:

- Încercaţi să nu fiţi prins în acest comportament; ajutaţi copilul să se gândească la emoţiile care îl tulbură.
- Dacă obsesiile sunt moderate, încercaţi să identificaţi situaţia care poate cauza sentimentele stresante.
- Luaţi în calcul terapia de familie pentru a aborda sursele interpersonale de conflict şi pentru a ajuta pe toată lumea să facă faţă mai bine simptomelor.
- Apelaţi la terapie pentru a ajuta copilul să înveţe să-şi gestioneze obsesiile şi să afle mai multe despre experienţa lui emoţională.
- Obsesiile pot fi tratate cu metode cognitiv-comportamentale şi pot fi ceva mai dificile decât comportamentul compulsiv.
- În cazul obsesiilor mai intense, puteţi apela la medicamente pentru a linişti copilul şi pentru ca terapia să aibă rezultate optime.

Ostilitatea: Comportamentul antagonic constant al copilului reflectă, de obicei, o furie nerezolvată care rămâne nerostită sau care este „refulată". Se poate să vă confruntaţi cu această ostilitate subiacentă sub forma „atitudinii nesuferite", a lipsei permanente de respect, a impoliteţii sau a răzvrătirii cronice. Totodată, copilul poate să-şi exprime ostilitatea distrugând obiecte sau implicându-se în mod repetat în altercaţii verbale sau fizice.

Intervenţie posibilă: Copilul dumneavoastră trebuie să dezvolte căi mai eficiente de a gestiona furia (vezi **Furia**).

- Ajutaţi-vă copilul să dezvolte tehnici de gestionare a furiei.

- Abordați toți factorii emoționali subiacenți, ca de pildă depresia sau tulburarea de dispoziție.
- Apelați la terapie de familie pentru a dobândi moduri mai bune de rezolvare a problemelor existente între anumiți membri ai familiei, probleme care sporesc ostilitatea copilului.

Plânsul: Plânsul este un strigăt automat după ajutor, care comunică tristețe și suferință. De asemenea, poate însoți furia sau frica. Plânsul și tristețea sunt, de obicei, reacții la pierdere (reală sau imaginată). Uneori, importanța pierderii poate să nu însemne nimic pentru o altă persoană. Indiferent dacă pierderea are sau nu sens pentru dumneavoastră, trebuie să acceptați emoțiile copilului și să le respectați. De multe ori, plânsul este o reacție sănătoasă și un indiciu al faptului că micuțul a început să accepte realitatea pierderii. Uneori, absența plânsului înseamnă că fiul sau fiica dumneavoastră încearcă să evite acceptarea deplină a unei realități dureroase.

Plânsul poate fi intens sau prelungit. Cel care pare excesiv la un adolescent poate fi adecvat la un copil mic sau doar o funcție cu o variație temperamentală normală la orice vârstă, însă în același timp poate fi și un semn al unei tulburări, ca de pildă **depresia.**

Intervenție posibilă: Reacționați întotdeauna la plâns cu înțelegere și alinare. Exprimarea compasiunii nu înseamnă că trebuie să fiți de acord cu dorința copilului pentru un anumit mod de a simți ușurarea.

- Nu tachinați și nu permiteți fraților sau surorilor să facă acest lucru.
- Recunoașteți și validați sentimentele copilului, pentru a-l ajuta să înceapă acceptarea faptului că lucrurile nu sunt așa cum își dorește el.

- Nu întotdeauna este util să acționați, mai ales atunci când plânsul este parte a unui proces normal de acceptare a unei pierderi. O faptă care întrerupe procesul normal al tristeții sau al durerii poate fi un deserviciu adus capacității copilului de a-și dezvolta aptitudinea de a face față cu bine pierderii.

Preocupările sexuale: Preocuparea sexuală este determinată de anxietatea copilului cu privire la propria identitate sexuală (vezi **Confuzia identității de gen** și **Homosexualitatea**) sau de neliniști în legătură cu contactul sexual. Adesea, copilul dumneavoastră poate pune întrebări, poate arăta un interes deosebit pentru materiale pornografice sau poate desena imagini cu conținut sexual.

Un interes accentuat pentru aspecte sexuale reprezintă o problemă majoră și sugerează faptul că este posibil ca fiul sau fiica dumneavoastră să fi experimentat o suprastimulare sau o expunere inadecvată la materiale sexuale (prin intermediul televizorului, al filmelor și al înregistrărilor audio, sau ca urmare a unei situații cu conotații sexuale traumatizante). Schimbările bruște și semnificative în comportamentul copilului pot fi cauzate de o frică intensă, de sentimentul de neajutorare și de dezorganizarea care apar în mod obișnuit după o traumă sexuală. Un copil comunicativ în mod normal poate să țină secretă o experiență traumatizantă din pricina fricii, a rușinii, a vinovăției sau a confuziei. Dacă s-a petrecut vreun eveniment cu conotații sexuale traumatizante, este posibil ca fiul sau fiica dumneavoastră să fi avut un comportament sexual inadecvat față de alte persoane.

La adolescenți, preocuparea sexuală poate fi normală și de obicei nu ajunge în mod dramatic în atenția părinților. Dacă acest lucru se întâmplă, poate fi din cauză că adolescentul are dificultăți în gestionarea sentimentelor sexuale și a diferențelor de gen. Desigur, una dintre probleme poate fi și o experiență sexuală traumatizantă, iar tot ceea ce am spus mai devreme

despre schimbările bruşte de comportament sau de comunicare la un copil confruntat cu o traumă sexuală se aplică în egală măsură şi la adolescent. O absenţă totală a interesului sexual poate indica, de asemenea, unul dintre tipurile de dificultăţi enumerate mai sus.

Preocuparea sexuală poate avea legătură cu alte probleme tratabile, cum ar fi tulburarea obsesiv-compulsivă, depresia sau modificările excesive ale dispoziţiei.

Intervenţie posibilă:

- Feriţi copilul de suprastimulare şi expunere la materiale sexuale inadecvate, difuzate prin intermediul televiziunii, al jocurilor, al filmelor şi înregistrărilor audio. Discutaţi cu copilul mai mare sau cu adolescentul expus la astfel de materiale, cu privire la punctele lui de vedere în legătură cu acest subiect şi spuneţi-i şi părerea dumneavoastră.
- Dacă aveţi îngrijorări difuze în ceea ce priveşte intensitatea sau natura intereselor sexuale ale copilului, apelaţi la un consult pentru a vă limpezi frământările.
- Dacă preocuparea sexuală a copilului pare să se afle în afara limitelor normale şi face parte din alte probleme emoţionale sau de comportament, apelaţi la tratament constant.
- În cazul în care preocuparea sexuală a copilului îl face să aibă un comportament sexual inadecvat, apelaţi imediat la un consult de specialitate.
- Dacă suspectaţi că fiul sau fiica dumneavoastră a suferit o traumă sexuală, apelaţi imediat la consult de specialitate.
- În absenţa comportamentului inadecvat sau a simptomelor specifice care să vă îngrijoreze, abordaţi adolescentul cu mai mult tact decât de obicei, atunci când vă exprimaţi îngrijorarea şi când discutaţi despre această sferă personală.

Problemele comportamentului şcolar: Acestea pot fi cauzate de o problemă apărută în mai multe sfere: activitate şcolară, interacţiuni cu colegii sau relaţiile de autoritate. Existenţa unor probleme într-una din sfere le poate influenţa pe oricare celelalte două. Aproape orice dificultate semnificativă în sfera dispoziţiei, a anxietăţii, a nivelului de activitate sau a atenţiei poate şi ea să ducă la probleme ale comportamentului şcolar.

Intervenţie posibilă:

- Consultaţi-vă din timp cu autorităţile şcolare.
- Luaţi în considerare evaluarea problemei, inclusiv din partea unui specialist din afara şcolii, pentru a vă ajuta, pe dumneavoastră şi pe copil, să înţelegeţi problemele subiacente. De exemplu, copilul poate prezenta o tulburare de învăţare de tip nonverbal (adică mai degrabă perceptuală sau vizual-spaţială, decât de limbaj; vezi Capitolul 3, „Copilul de vârstă şcolară: perturbarea procesării informaţiilor (învăţării)", şi Capitolul 6, „Teste psihologice").
- Acordaţi o atenţie mărită problemelor comportamentale care apar doar la şcoală, nu şi acasă. O astfel de situaţie nu înseamnă automat că problema există în special la şcoală. Copilul poate să vă ascundă probleme acasă şi să-şi exprime în public dificultăţile legate de mediul de acasă.

Problemele de somn: Există cinci cauze des întâlnite ale dificultăţii copiilor de a adormi. Prima dintre ele poate avea legătură cu anxietatea de a fi singur. Această anxietate poate fi o problemă doar seara, nu şi în timpul zilei. A doua este că se poate ca fiul sau fiica dumneavoastră să nu fi dezvoltat tipare bune de pregătire pentru somn. A treia este frica de a fi adormit. Deoarece somnul este o perioadă de slăbire a controlului, copilul căruia îi place mult să domine poate deveni anxios înainte de a intra în starea de somn, când controlul lui este diminuat. A patra cauză

o constituie coşmarurile din trecutul copilului, istorie ce creează anxietate la culcare. În cele din urmă, problemele de somn pot fi cauzate de un nivel crescut, generalizat, de **anxietate**, de o dispoziție **depresivă** sau de o trăire anterioară a unui stres acut sau a unei traume petrecute noaptea sau la culcare (vezi Capitolul 3, „Tulburarea rutinei corporale").

Intervenție posibilă:

- Stabiliți o oră de culcare pentru copilul dumneavoastră şi respectați-o regulat.
- În cazul în care copilul este mic, utilizați o rutină sau un ritual de liniştire înainte de a pleca din dormitor. Printre aceste activități se numără: să citiți împreună cu glas domol, să ascultați o muzică relaxantă (de pildă, o cutie muzicală) sau să vorbiți încetişor cu copilul, cu lumina stinsă.
- Nu lăsați copilul să se uite la televizor sau să joace jocuri pe calculator cu 15–30 de minute înainte de culcare.
- Acordați-i copilului sprijin suplimentar. De exemplu, stați în camera cufundată în întuneric sau afară, la uşă, până când copilul adoarme. Pentru problemele din timpul nopții, conduceți copilul înapoi în pat în loc să-l trimiteți singur.
- După ce copilul are sentimentul siguranței, faceți treptat tranziția la un sprijin mai redus.
- Medicamentele pentru inducerea somnului (vezi Capitolul 9) pot scădea anxietatea legată de somn şi îi permit copilului să dezvolte mai uşor o rutină a somnului.
- Abordați simptomele de frică sau depresie excesivă în intervenții personale (vezi **Fricile** şi **Depresia** discutate mai sus) sau apelând la psihoterapie pentru copilul dumneavoastră.

Problemele/tulburările de învățare: În cazul în care copilul pare să nu învețe în ritmul aşteptat (comparativ cu copiii de

aceeaşi vârstă sau cu potenţialul său), există numeroase posibile cauze complexe (vezi Capitolul 3, „Perturbări în procesarea informaţiei (învăţare) la copiii de vârstă şcolară", precum şi Capitolul 6, secţiunea „Teste psihologice").

Intervenţie posibilă:

- Spuneţi-i copilului că înţelegeţi şi că apreciaţi cât de mult trebuie să muncească pentru a face progrese.
- Apelaţi la o evaluare exhaustivă, care să includă testare psiho-educaţională, psihologică sau neuropsihologică (vezi Capitolul 6 pentru informaţii detaliate despre testare).
- Întrebaţi specialistul care face evaluarea cum să-i spuneţi copilului despre aceasta.
- Aveţi în vedere servicii suplimentare, din cadrul şcolii sau din afara acesteia, care să vă ajute la remedierea situaţiei.
- Reţineţi că şi alte simptome care necesită intervenţie, cum ar fi **compulsiile, impulsivitatea, rigiditatea** etc., pot fi prezente în anumite tulburări de învăţare, mai ales în cele numite tulburări nonverbale de învăţare.
- Faceţi lobby activ pentru servicii. De vreme ce astfel de servicii pot fi costisitoare, autorităţile şcolare se pot opune recunoaşterii faptului că aceste dificultăţi sunt larg răspândite.
- Găsiţi alţi părinţi care să ajute şi să sprijine personalul şcolar aflat în căutare de resurse suplimentare.

Răutatea: Comportamentul răutăcios este perceput ca lipsa empatiei, dureroasă şi insensibilă. Adesea, în spatele acestor acţiuni se află **furia** şi **ostilitatea** în grad ridicat. Comportamentul bătăuşului clasic, care se ia de cineva mai mic şi considerabil mai slab, este un exemplu de „comportament răutăcios" (vezi **Comportament de intimidare**).

De multe ori, oamenii pornesc de la premisa că răutatea este intenţionată, însă copilul poate să nu vadă lucrurile în acest fel. S-ar putea să se simtă nevoit să se autoprotejeze şi că nu este luat în seamă, prin urmare neglijează sentimentele altor persoane. Acţiunile răutăcioase ale unui copil provin adesea dintr-o experienţă anterioară în care a fost victima comportamentului umilitor sau vătămător al altora. Un astfel de tratament în cadrul familiei (din partea fraţilor sau a surorilor sau din partea adulţilor) poate avea un impact mai prelungit decât o purtare similară din afara familiei.

Intervenţie posibilă:

- Încercaţi să aflaţi cauzele actuale ale **furiei, geloziei, invidiei** şi umilinţei din viaţa copilului şi străduiţi-vă să le rezolvaţi.
- Discutaţi despre experienţele copilului de a fi tratat cu răutate de alte persoane. Ajutaţi-l să pună în cuvinte experienţele dureroase din viaţa sa. Acest lucru poate reduce posibilitatea de manifestare a furiei şi diminua impulsul de a repune în act *propriile* experienţe anterioare trăite în postura de ţintă a purtării răutăcioase, fiind rău cu *alt* copil.
- În cazul în care copilul pare detaşat şi nepăsător cu privire la comportamentul său, apelaţi la un specialist.
- Apelaţi la psihoterapie pentru a-l ajuta pe copil în ceea ce priveşte sentimentele anterioare şi prezente de a fi neglijat şi nebăgat în seamă, care pot sta la baza comportamentului răutăcios.

Răzvrătirea: De obicei, copiii prezintă un anumit grad de rebeliune ca mod de exprimare a individualităţii şi a dezvoltării în direcţia independenţei. Însă, atunci când copilul vă sfidează în mod regulat autoritatea şi nu este ascultător, probabil că este momentul să vă îngrijoraţi.

Copilul poate copia comportamentul unui adult important pentru el, căutând astfel aprecierea acestuia. De pildă, se poate ca fiul sau fiica să observe că, adesea, tatăl răspunde negativ celorlalți, de exemplu profesorilor. Copilul se modelează după tată și se comportă într-un fel care pare să îndeplinească expectațiile tatălui. Sau poate că nutrește furie față de persoanele cu autoritate, care sunt importante.

Adesea, un copil răzvrătit are dificultăți în tolerarea emoțiilor negative (furie, tristețe, jenă, teamă) asociate cu faptul că nu obține lucrurile așa cum vrea el. Copiii răzvrătiți cronic pot prezenta și un nivel crescut de **impulsivitate**: confruntați cu emoții puternice, au tendința de a reacționa pe loc și fără să se gândească.

Intervenție posibilă: Încercați să vă dați seama dacă acest comportament este prezent doar de puțin timp sau este o problemă majoră, permanentă, copilul fiind neascultător și creând haos în numeroase situații.

- Când acest tip de comportament este limitat la cadrul familial, apelați la terapie de familie, dacă se pare că cel mic copiază comportamentul după membrii mai în vârstă ai familiei.
- Când copilul este neascultător în mai multe contexte, este posibil ca terapia individuală, alături de efortul depus de familie, să dea rezultate.
- Medicamentele pot fi de ajutor dacă factorii majori sunt emoțiile foarte puternice, ca de exemplu **furie**, **depresie** sau **impulsivitate** accentuate (vezi Capitolul 9, „Cum influențează comportamentul medicamentele/substanțele chimice").

Retragerea: Retragerea sau îndepărtarea poate fi reacția unui copil timid care se confruntă cu un stres social sau psihologic. Ea este observată adesea însoțită de **comportament evitant** sau

depresie. La un procent redus de adolescenți, retragerea poate indica o tulburare psihiatrică majoră, în special dacă este însoțită de o igienă precară. Retragerea și evitarea duse la extrem pot fi cauzate de o traumă sexuală sau fizică recentă.

Retragerea și evitarea pot trece fără a fi observate ca fiind probleme, din pricină că suferința din spatele acestor comportamente nu este ușor percepută de către cei din jurul copilului. Această discreție contrastează cu comportamentul furios și agresiv, care comunică mai limpede un sentiment de suferință.

Intervenție posibilă: Chiar dacă retragerea copilului a constituit un stil de reacție pentru o mare parte a vieții sale, fiecare episod de retragere este o reacție la ceva anume. Acea situație din care copilul se retrage îi declanșează, probabil, sentimentul că este copleșit, nesigur sau, în cel mai bun caz, că nu se simte în largul lui.

- Încercați să înțelegeți prin ce trece. Întrebați-l despre ceea ce simte și ce gânduri are cu privire la un anumit incident care a provocat retragerea. Acest lucru vă va ajuta să-l înțelegeți mai bine pe copil decât dacă vă gândiți la comportament ca fiind „felul lui de a fi".
- Ajutați-vă copilul să găsească modalități mai potrivite de a-și gestiona stresul, ca de pildă să învețe să utilizeze cuvintele pentru a comunica despre acesta sau să folosească un jurnal ca loc sigur unde să-și exprime sentimentele și să reflecteze asupra lor.
- Dacă retragerea copilului pare să fi apărut brusc, poate fi asociată cu o transformare emoțională semnificativă. Discutați cu el despre această experiență.
- Dacă suspectați existența unei depresii, a unei traume sau a altei probleme emoționale, apelați la un consult pentru a aborda suferința copilului.

BCU LIBRARY

Rigiditatea: Un copil care şi-a creat un anumit mod de a interacţiona cu oamenii şi cu situaţiile şi căruia îi vine greu să facă lucrurile într-o manieră nouă sau diferită manifestă rigiditate. Este posibil să reziste în faţa noilor experienţe sau să i se pară dificil să facă tranziţia de la o situaţie la alta. Poate să i se pară schimbarea ameninţătoare sau să se îngrijoreze că este în pericol că poate să se „prăbuşească" dacă nu respectă tiparul rigid.

Tendinţa către rigiditate poate fi o caracteristică temperamentală, legată de o **timiditate** subiacentă. Sau poate că fiul sau fiica dumneavoastră să fi dezvoltat rigiditatea ca un stil de adaptare, atunci când s-a simţit copleşit de schimbare şi de informaţiile noi. Copilul poate să pară rigid şi dacă are o tulburare de învăţare importantă sau are dificultăţi în interacţiunile sociale, din cauză că nu poate interpreta indiciile sociale. O creştere bruscă sau însemnată a nivelului de rigiditate a copilului poate fi un indicator al amplificării anxietăţii, al dezvoltării unei depresii subiacente sau al intensificării compulsiilor dintr-o tulburare obsesiv-compulsivă. Un copil cu un tipar pronunţat şi persistent de rigiditate, însoţit de probleme de limbaj, probleme motorii şi sociale, poate fi diagnosticat cu tulburare pervazivă de dezvoltare sau cu autism.

Un nivel ridical de rigiditate poate cauza confruntări frecvente cu persoanele care reprezintă autoritatea şi care vor să schimbe rutina copilului. Acesta consideră schimbarea nedorită, prea mare sau prea bruscă. Rigiditatea poate conduce la un tipar de comportament evitant sau de opoziţie.

Intervenţii posibile: Rigiditatea poate dăuna tuturor membrilor familiei, inclusiv copilului. Cu cât este mai bine dezvoltată stima de sine a copilului, cu atât sunt mai mici riscurile ca el să prezinte rigiditate.

- Acceptaţi faptul că rigiditatea copilului provine dintr-o nevoie de autoprotecţie. Acest lucru vă poate ajuta să daţi

dovadă de înțelegere, și astfel veți putea să treceți peste propria dumneavoastră poziție rigidă.
- Ajutați-l pe copil să se adapteze, folosind simțul umorului atunci când reușește.
- Nu-l faceți pe copil să se rușineze de rigiditatea lui.
- Acordați-vă suficient timp pentru a trece printr-o situație alături de copil, astfel încât nici dumneavoastră să nu vă simțiți presat.
- Apelați la terapie de familie. De obicei, tiparele de adaptare sunt influențate de interacțiunile din familie; terapia poate ajuta toți membrii familiei să colaboreze, găsind strategii de abordare a conflictului care să aibă în vedere toate stilurile regăsite în familie.
- Luați în considerare tratamentul de specialitate orientat către o tulburare subiacentă, cum ar fi **depresia**, tulburarea **anxioasă** (de exemplu, fobia socială) sau tulburarea obsesiv-compulsivă.

Rosul unghiilor: Acest comportament compulsiv, alături de smulgerea părului, este de obicei o modalitate de eliberare a **anxietății** în exces. Rosul unghiilor se rezolvă cel mai bine când copilul vrea să se oprească.

Intervenție posibilă: Multe dintre intervențiile recomandate la smulgerea părului se aplică la rosul unghiilor:

- Nu trebuie să faceți copilul să se rușineze. Atrageți-i cu blândețe atenția asupra comportamentului.
- Spuneți-i că vă dați seama că este greu să încetezi un asemenea comportament.
- Utilizați un sistem de recompensare comportamentală în trei pași: 1) creșteți conștientizarea comportamentului; 2) dezvoltați un comportament alternativ pentru reducerea tensiunii și 3) recompensați copilul atunci când se oprește

din rosul unghiilor şi utilizează un comportament alternativ (cum ar fi mestecatul unei gume sau o altă activitate realizată cu mâinile, de exemplu bătăi ritmice cu degetele).

- Deoarece rosul unghiilor se încadrează în categoria „tulburări compulsive", medicamentele (ISRS) utilizate în tratarea compulsiilor pot fi de ajutor.
- Daţi pe unghiile copilului cu o substanţă cu gust neplăcut ce se găseşte în farmacii, în cazul în care copilul vrea să încerce această metodă de încetare a unui comportament automat.

Ruşinea: Ruşinea este o emoţie normală care se poate dezvolta exagerat şi care poate apărea frecvent sau intens. Ruşinea intensă poate să contribuie la retragere, evitare şi comportament opoziţional excesive. Numeroase stări anxioase implică frica de ruşine sau, sora ei geamănă, de a nu fi „perfect".

Ruşinea poate conduce la tipuri de acţiuni aparent paradoxale, cum ar fi comportamentul demonstrativ excesiv sau cel antisocial. Copilul se poate purta ca şi cum nu-i pasă ce cred alţii despre el, ca modalitate de a face faţă fricii de sentimentul de ruşine care însoţeşte respingerea socială. Ruşinea este adesea însoţită de furie şi, de aceea, mulţi adolescenţi devin furioşi când nu sunt respectaţi.

Intervenţie posibilă:

- Nu tachinaţi copilul care deja se ruşinează; nu veţi face decât să creaţi şi mai multă ruşine şi puteţi provoca o reacţie de furie.
- Bunătatea şi înţelegerea sunt, de obicei, cele mai oportune reacţii imediate la ruşine.
- Încurajaţi încrederea şi stima de sine ale copilului. Ajutaţi-l să-şi dezvolte deprinderile şi interesele naturale, aşa încât să aibă nişte arii de competenţă personală. Atunci când

deține un sentiment al valorii personale și mândria asociată acestuia, tendința lui de a se simți rușinat scade.

Simptomele legate de traume: Orice situație poate fi traumatizantă dacă evocă o stare de teroare și de lipsă de ajutor și este asociată cu gândul că există un pericol de moarte, o rănire fizică gravă sau pericol de abandon. Chiar dacă „în mod realist" constatați că evenimentul nu este atât de amenințător, e posibil ca situația să fie văzută altfel de copil. Reacția internă și involuntară a copilului este ceea ce determină în mod primar dezvoltarea simptomelor legate de traumă.

Accidente care pot provoca moartea, abuzul fizic și sexual sau expunerea la evenimente violente sau la proceduri medicale dureroase pot duce la simptome cauzate de traumă. Procedurile chirurgicale, în special cele complicate și care se pot repeta, sunt mai traumatizante pentru copii decât realizează adulții.

Simptomele care apar după o experiență traumatizantă pot fi acute și de scurtă durată, se pot întinde pe termen lung sau pot fi amânate; ele pot apărea ca o stare de hipervigilență și suprastimulare, o stare de amorțeală, de contractare și retragere sau o alternare între cele două stări. Copilul poate avea coșmaruri și imagini tulburătoare bruște care recreează experiența incidentului traumatizant. De asemenea, poate trăi emoții exagerate, schimbări abrupte și bruște de dispoziție, precum și **crize de furie** sau reacții de furie.

Traumele pot cauza o serie de simptome complexe, pe termen lung, care interferează cu dezvoltarea normală. De pildă, o traumă poate duce la o **tulburare alimentară** (o perturbare a sarcinii gestionării corpului) sau la probleme de menținere a relațiilor de prietenie (o perturbare a sarcinii gestionării relațiilor). De asemenea, poate avea ca rezultat **modificări bruște ale dispoziției**, atacuri de furie (o perturbare a echilibrării emoțiilor) sau o „spațiere" frecventă (o perturbare a procesării informațiilor).

Intervenție posibilă:

- Apelați rapid la un consult de specialitate dacă observați simptomele legate de traumă sau dacă știți că fiul sau fiica dumneavoastră a trăit un eveniment care poate declanșa simptomele de mai sus.
- În cazul în care copilul urmează să fie operat, luați în considerare un consult psihologic pentru dumneavoastră și pentru copil, înainte și după procedură, pentru a reduce riscurile ca evenimentul să fie traumatic.
- Dacă aveți în trecut antecedente de abuz sexual sau fizic și nu ați beneficiat de tratament, apelați la terapie. Copiii ai căror părinți au fost abuzați prezintă un risc crescut de experiențe similare.

Smulgerea părului: Smulgerea părului, alături de rosul unghiilor, este o **compulsie** despre care se crede că este provocată, în general, de un exces de anxietate. Copilul poate să-și smulgă genele sau fire de păr din scalp. Acest comportament este abordat cel mai ușor când copilul vrea să se oprească.

Intervenție posibilă: De cele mai multe ori, acest comportament nu este conștientizat de copil, așadar, a-l ajuta pe copil să devină conștient că-și smulge fire de păr, atunci când se întâmplă, este un prim pas important.

- Nu trebuie să faceți copilul să se rușineze. Atrageți-i atenția asupra comportamentului cu blândețe.
- Spuneți-i că vă dați seama că este greu să încetezi un asemenea comportament.
- Utilizați un sistem de recompensare comportamentală în trei pași: 1) creșteți nivelul de conștientizarea a comportamentului; 2) dezvoltați un comportament alternativ pentru reducerea tensiunii și 3) recompensați copilul

atunci când se opreşte din smulgerea firelor de păr şi utilizează un comportament alternativ, cum ar fi strângerea în mână a unei mingi de cauciuc.
- Deoarece smulgerea părului se încadrează în categoria „tulburări compulsive", medicamentele cu inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS), utilizate în tratarea compulsiilor, pot fi de ajutor.

Terorile nocturne: Terorile nocturne sunt prezente când copilul se trezeşte în timpul nopţii foarte înfricoşat, de multe ori cu ochii larg deschişi, ţipând sau zvârcolindu-se, însă în ziua următoare nu-şi aduce aminte ce s-a întâmplat.

Terorile nocturne prezintă un risc mai mare de apariţie când copilul este foarte obosit. De obicei, apar cam în acelaşi moment în fiecare noapte, de multe ori la scurt timp după ce copilul a adormit. Dimpotrivă, când este vorba de coşmaruri, copilul şi le aminteşte de cele mai multe ori în ziua următoare şi ele apar în momente diferite pe parcursul nopţii.

Terorile nocturne sunt cauzate de o perturbare apărută în ciclul normal de somn al creierului, nu neapărat de factori emoţionali. De multe ori sunt limitate în timp.

Intervenţie posibilă:

- În cazul în care s-a dezvoltat un ciclu al terorilor nocturne, schimbaţi ora de culcare a copilului pentru a opri apariţia acestora.
- Dacă terorile nocturne persistă, copilul poate fi ajutat pentru o scurtă perioadă de tratament medicamentos prescris de către pediatru.

Ticurile: Aceste mişcări musculare repetitive, involuntare, scurte şi de mică amploare nu au în general origini psihologice, însă pot fi sporite de anxietate. Ticurile motorii au tendinţa de a implica

partea superioară a trunchiului, gâtul şi capul şi pot fi însoţite de ticuri vocale, cum ar fi tuşitul sau dresul glasului.

Sindromul Tourette cuprinde numeroase simptome, printre care şi ticuri motorii şi vocale. Cele vocale pot avea o complexitate mare şi pot include cuvinte şi propoziţii repetitive, care duc la simptome psihologice, cum ar fi **ruşinea** şi **evitarea**.

Intervenţie posibilă:

- Dacă ticurile au o frecvenţă redusă, nu le daţi prea mare importanţă.
- Dacă nu dau naştere unor probleme, ticurile cu frecvenţă redusă nu necesită tratament medicamentos.
- Luaţi în calcul medicamentele doar pentru ticuri mai grave şi mai tulburătoare, care pot face parte din sindromul Tourette.
- Dacă sunteţi mai afectat decât copilul de acest simptom, consultaţi un specialist care să vă ajute să vă gestionaţi sentimentele cu privire la simptomul copilului.

Timiditatea: Această trăsătură de personalitate pare să se datoreze în special temperamentului înnăscut al copilului. Totuşi, asemenea tuturor trăsăturilor înnăscute, este influenţată de şi la rândul ei influenţează experienţele sociale ale copilului. Poate fi asociată cu un nivel crescut de anxietate şi poate contribui la retragerea socială.

Intervenţie posibilă:

- Respectaţi stilul temperamental al copilului, ajutându-l, totodată, să stea în compania altora, în loc să se retragă.
- Dacă această problemă interferează cu legarea şi păstrarea prieteniilor, luaţi în considerare psihoterapia.

- Luaţi în considerare tratamentul medicamentos pentru **anxietate**, care poate însoţi timiditatea intensă şi care se poate manifesta ca evitare a contactelor sociale (vezi **Angoasa de separare**).

Trişatul: Episoadele de trişat sunt un indiciu al faptului că, la momentul respectiv, copilul nu a ajuns încă la un echilibru social acceptabil între cele două impulsuri antagonice: dorinţa de a fi individualizat şi considerat special şi dorinţa de a împărtăşi şi a fi conectat cu ceilalţi.

Trişatul are loc atunci când nevoia unui copil de a câştiga este atât de acută, încât este mai puternică decât dorinţa normală de cooperare şi corectitudine. Unii copii trişează deoarece nu pot tolera dezamăgirea care însoţeşte situaţia de a pierde. Pierderea, care este intens resimţită ca un eşec personal, poate avea legătură cu un sentiment de inadecvare dintr-o anumită zonă a vieţii. De pildă, copilul se teme că o persoană pe care o iubeşte foarte mult va fi nemulţumită şi nu-şi poate da seama cum să câştige acea apreciere. Trişatul îl poate împiedica pe copil să dezvolte relaţii trainice şi un sentiment sănătos al stimei de sine.

Intervenţie posibilă:

- Ajutaţi-l pe copil să găsească o activitate la care este bun şi sprijiniţi-i dorinţa firească de a avea legături cu copiii de aceeaşi vârstă.
- Subliniaţi faptul că, atunci când creştem, fiecare trebuie să înveţe să gestioneze sentimentele dificile legate de pierdere.
- Încurajaţi-l să se înscrie într-o echipă sportivă sau să practice unele jocuri şi activităţi care au scopul de a câştiga, dar care impun respectarea regulilor şi cooperarea cu ceilalţi membri ai echipei. De cele mai multe ori, acestea

sunt activități în care echipa este „câștigătoare" și toată lumea participă la succes.

- Sprijiniți-l să se implice în activități care nu presupun un câștigător și un învins (de exemplu, activități în comunitate). Acest lucru poate oferi o alinare temporară a conflictului interior și-i poate furniza copilului o modalitate nonconflictuală de a-și spori stima de sine.

Tulburări alimentare: Tulburările alimentare apar predominant la femei, deși în prezent apar cu frecvență mai mare și la băieți, în comparație cu situația de acum 15 ani. O tulburare alimentară poate lua diferite forme. Copilul ține regim sau face excesiv de multe exerciții fizice din cauză că îi este teamă că trupul îi devine prea mare. Sau se îndoapă cu mâncare, pentru ca apoi să vomite în secret.

Se poate să aibă o incapacitate de a tolera și de a discuta despre emoțiile lui apăsătoare. Copilul încearcă în mod disperat să gestioneze o viață emoțională de o complexitate firească, simplificând-o prin intermediul concentrării și al controlării unei sfere foarte restrânse: alimentația și corpul. Din păcate, astfel de preocupări reducționiste îl împiedică să dezvolte căi mai potrivite pentru stăpânirea emoțiilor, ceea ce ar duce la o stimă de sine îmbunătățită și la relații mai satisfăcătoare cu ceilalți.

Intervenție posibilă: Tulburările alimentare sunt foarte răspândite. Câteodată sunt trecătoare, însă rețineți că o astfel de tulburare poate fi gravă, uneori având chiar risc de deces.

- Nu așteptați apariția unei stări extreme sau abordarea subiectului chiar de către copil, pentru a apela la tratament.
- Dacă alți membri ai familiei au tipare alimentare neobișnuite, întrebați-l pe copil ce părere are despre asta.
- Consultați medicul de familie sau medicul pediatru, care vă poate furniza o părere obiectivă cu privire la greutatea potrivită pentru copil și la modul în care să identificați și

să rezolvați medical această problemă. Doctorul poate gestiona și trata efectele potențial periculoase ale unei tulburări alimentare.

- Apelați la terapie de familie, mai ales în primul an de la debutul simptomelor, pentru a rezolva problemele de comunicare, îndeosebi în ceea ce privește subiectele cu încărcătură emoțională care adesea se intensifică în prezența unei tulburări alimentare.
- Luați în calcul un program de tratament al tulburărilor alimentare, în 12 pași, cum este de exemplu Obezii Anonimi, împreună cu terapie individuală.
- Dacă depresia sau anxietatea constituie o parte semnificativă a problemei, luați în considerare tratamentul medicamentos (vezi Capitolul 3 despre Adolescenți: perturbarea rutinei corpului).

Văicărelile: Deși copilul este foarte dependent de dumneavoastră, are și propriile sale dorințe. Când acestea nu sunt îndeplinite, se simte prins între două reacții emoționale contradictorii. Pe de-o parte, este dezamăgit și furios că nu i-ați îndeplinit nevoile, iar pe de altă parte, vă iubește și îi este teamă de furia dumneavoastră care ar apărea dacă își exprimă furia *lui*. Văicărelile reprezintă o expresie înăbușită a amalgamului său emoțional. Dacă, atunci când se văicărește, mai degrabă vă enervează decât să vă îngrijoreze, aceasta poate fi un indiciu că are dificultăți în gestionarea emoțiilor.

Pe măsură ce se dezvoltă și se maturizează, copilul va deveni mai capabil să-și satisfacă singur nevoile, să-și comunice dorințele și va dezvolta o toleranță mai bună la frustrare. După aceste schimbări, probabil că va înceta să se mai văicărească.

Intervenție posibilă:

- Explicați-i copilului că-i înțelegeți dilema.

- Sprijiniți independența emoțională a copilului încurajându-l să-și exprime în mod deschis, dar respectuos, părerea sau punctul de vedere care diferă de al dumneavoastră.
- Încurajați-l să acționeze în mod adecvat pentru a-și satisface propriile nevoi.
- Ajutați-l să-și îmbunătățească abilitățile de comunicare.
- Furnizați-i sprijin suplimentar și limite clare.
- Deși văicărelile pot fi enervante, nu apelați la un consult decât dacă nu vă puteți controla furia și dacă aceasta interferează cu calitatea de a fi un părinte bun sau dacă plângerile sunt însoțite de un alt simptom îngrijorător.

*

În acest capitol, analiza câte unui „semnal de alarmă" specific a inclus uneori și câteva precizări referitoare la simptom, din perspectiva dezvoltării. Capitolul următor vă va ajuta să reflectați mai profund din punctul de vedere al dezvoltării, adică asupra felului în care simptomul poate proveni dintr-o întârziere, perturbare sau tulburare a unei sarcini normale din procesul creșterii.

BCU IASI CENTRALA

Capitolul 3
Perturbări în dezvoltare: copilul ca întreg

Capitolul anterior s-a axat pe simptome specifice, numite şi „semnale de alarmă", însă nu a avut în vedere şi vârsta copilului sau corelarea simptomului cu o sarcină de dezvoltare normală. În acest capitol, vă ajut să reflectaţi la simptomul copilului dintr-o perspectivă de dezvoltare: felul în care simptomul apare ca urmare a unei întârzieri, tulburări sau perturbări a unei sarcini normale din timpul creşterii.

Copilul înseamnă mult mai mult decât comportamentele sau sentimentele sale problematice. Sferele cu probleme şi restul părţilor copilului formează „copilul întreg", persoana care încearcă să crească, să înveţe cum să se adapteze cel mai bine la lume şi să-şi satisfacă nevoile individuale. Păstrarea acestei perspective de dezvoltare mai vaste, a „copilului întreg", menţinând totodată atenţia la perturbări şi probleme, vă va permite să acţionaţi mai bine în sensul ajutării copilului, indiferent de dificultatea pe care o resimte. Una dintre cele mai grele încercări ale vieţii de părinte constă în identificarea dezechilibrelor la copil, asupra cărora trebuie intervenit, şi a aspectelor normale

ale dezvoltării, care în timp se vor schimba de la sine. Sper că acest capitol vă va ajuta exact în această privinţă.

Pe parcursul capitolului, folosesc termenul de „perturbare" în loc de „tulburare". În mod obişnuit, noţiunea de „tulburare" este utilizată când mai multe simptome apar împreună. De pildă, „tulburarea depresivă" implică simptome emoţionale (cum ar fi tristeţea prelungită) şi fizice (probleme alimentare şi de somn). Termenul prescurtat pentru „tulburare depresivă" este „depresie".

Prefer să utilizez noţiunea de „perturbare", întrucât aduce în atenţie sfera funcţionării, precum şi simptomul disfuncţiei. „Sarcina" copilului în procesul de creştere constă în achiziţionarea competenţei în gestionarea corpului, a emoţiilor, relaţiilor şi a procesării informaţiei. Consider că problemele care apar în buna funcţionare a acestor sfere sunt „perturbări".

STRUCTURA CAPITOLULUI 3

Prima parte a acestui capitol constă într-o analiză a perspectivei de dezvoltare: importanţa sa şi beneficiile derivate din ea. Informaţiile din acest capitol (simptomele din perspectiva dezvoltării) sunt structurate în funcţie de două criterii. Primul dintre ele este vârsta: copil mic, preşcolar, şcolar şi adolescent. Copilul se află într-o permanentă schimbare, fizică, emoţională şi intelectuală. În general, în funcţie de vârsta sa ne putem face o idee de ansamblu despre ce schimbări au avut loc (dezvoltare) şi ce schimbări urmează.

Al doilea criteriu constă în sarcinile de creştere: gestionarea corpului, a emoţiilor, a relaţiilor şi a procesării informaţiilor despre lume. Când copilul are probleme în mai multe sfere, probabil că există o legătură între ele, chiar dacă intensitatea sau gravitatea dificultăţilor poate varia de la o sferă la alta.

Astfel, fiecare grupă de vârstă este împărțită în patru sfere de sarcini principale. Pentru fiecare sferă, voi începe cu descrierea sarcinilor normale majore, subliniate prin utilizarea *cursivelor*. Apoi voi analiza o serie de probleme des întâlnite. De exemplu, mai întâi voi descrie o sarcină de dezvoltare pentru un copil de vârstă școlară în sfera implicării în relații, apoi voi analiza o serie de probleme din sfera respectivă.

Pentru fiecare sferă, voi aborda câteva dintre cele mai obișnuite perturbări/simptome. Exemplele vă vor ajuta să priviți dificultățile copilului într-o manieră nouă și utilă și veți descoperi astfel o abordare proaspătă pentru a gândi și celelalte simptome.

IMPORTANȚA UNEI PERSPECTIVE A DEZVOLTĂRII

Este foarte util să priviți orice simptom apărut la copil din perspectiva dezvoltării, chiar și dacă este vorba de un simptom care are cauze biologice sau genetice puternice. Aceasta ajută părintele să reflecteze la trei întrebări importante:

1. Ce încearcă să realizeze copilul meu sau la ce anume trebuie să facă față?
2. Ce legătură are simptomul cu stadiul de dezvoltare în care se află copilul meu?
3. De ce are nevoie copilul meu pentru a rezolva cu succes problema pe care o are?

Aceste întrebări vă vor ajuta să vedeți dificultatea din punctul de vedere al copilului, ceea ce prezintă două beneficii. Primul, copilul are un risc mai scăzut de a se simți singur, speriat sau ciudat din cauza problemei sau a simptomului. Al doilea este că, atunci când înțelegeți mai ușor experiența copilului, aveți mai

multe şanse de a contribui apelând la cunoştinţele dumneavoastră de adult acolo unde copilul are cea mai mare nevoie.

Există şi alte beneficii ale unei perspective a dezvoltării. Întrebându-vă care este semnificaţia unui simptom specific pentru un copil de o vârstă anume, devine mai simplu să faceţi distincţia între ce este firesc şi ce constituie o problemă. De asemenea, este util să reţineţi că fiul sau fiica dumneavoastră lucrează în acelaşi timp la mai multe sarcini care fac parte din stadiile creşterii. Aceste nenumărate sarcini se încadrează în patru categorii principale:

1. gestionarea corpului şi adaptarea la natura lui în schimbare;
2. gestionarea emoţiilor şi a gândurilor constrângătoare;
3. implicarea în relaţii;
4. învăţarea caracteristicilor lumii exterioare şi confruntarea cu ea.

Uneori, aceste sarcini îi pot oferi mari satisfacţii copilului şi-l ajută să aibă încredere în sine. Alteori, sarcinile nu sunt decât o parte a efortului de a creşte mare.

Copilul dumneavoastră are dificultăţi în special în *gestionarea corpului*? Acestea se pot manifesta sub forma unor probleme în legătură cu obiceiurile din rutina cotidiană, ca de pildă alimentaţia, somnul sau eliminarea. Un tânăr poate avea probleme în controlarea vezicii sau în reglarea nivelului de activitate al corpului. E posibil ca o adolescentă să nu se poată hrăni adecvat şi să nu găsească satisfacţie în mâncare, prin urmare poate să nu aibă o alimentaţie sănătoasă şi să devină extrem de preocupată de înfăţişarea şi de greutatea ei. În ciuda dificultăţilor menţionate mai sus, copilul învaţă bine la şcoală şi se înţelege cu ceilalţi copii de vârsta lui.

Copilul dumneavoastră are dificultăţi ce ţin mai ales de *emoţii*? A învăţa gestionarea emoţiilor şi solicitarea de ajutor la momentul

potrivit este o sarcină pe care o aprofundăm pe tot parcursul vieții. Problemele pot apărea sub forma dificultății de echilibrare a unor anumite emoții, iar copilul poate să resimtă o mare tristețe, furie, anxietate sau nerăbdare. Copiii mai mici au nevoie de ajutor pentru a-și stăpâni emoțiile mai intense. Cei mai mari și adolescenții trebuie să învețe să-și asume responsabilitatea pentru sentimentele lor și să descopere cum să apeleze la ajutor din partea persoanelor din afara familiei.

În ciuda dificultății de gestionare a unor anumite emoții, copilul poate fi un elev bun, poate să-și gestioneze bine celelalte emoții, să fie sănătos și să nu aibă simptome fizice. Și chiar dacă prezintă simptome de anxietate și depresie accentuată, este posibil să aibă relații bune cu copiii de aceeași vârstă.

Copilul are dificultăți în special în *stabilirea și menținerea de relații*? Aceasta se poate manifesta ca o problemă în legarea de prietenii în general sau doar în relațiile cu băieți ori cu fete. Sau poate că are probleme cu persoanele cu autoritate din familie sau din afara acesteia. Copilul se chinuiește să respecte regulile obiceiurilor sociale; fură, minte sau se bate. În mod obișnuit, astfel de probleme apar atunci când copilul intră într-o nouă lume și are legături mai independente cu persoane din afara familiei. Și în acest caz, copilul poate avea rezultate bune la școală, poate fi interesat de numeroase lucruri, poate să-și poarte singur de grijă din punct de vedere fizic și să aibă succes în realizarea unor activități.

Ajungând la ultima categorie, copilul are probleme cu preluarea și procesarea informațiilor? Problemele din această sferă se manifestă predominant ca tulburări de învățare, care adesea sunt descoperite la școală. Deși poate avea o tulburare de învățare, copilul se descurcă bine să stabilească relații cu copiii de aceeași vârstă sau să aibă grijă de corpul său. Mai puțin comun decât o „simplă" tulburare de învățare, dar mai îngrijorător, copilul se chinuiește cu gândirea rațională sau cu trăirea realității așa cum o fac ceilalți. Această dificultate are un risc mai mare de

apariţie în cadrul problemelor de relaţionare şi de gestionare a emoţiilor şi, când este severă, în cadrul celor de gestionarea corpului.

Perspectiva dezvoltării vă va ajuta să nu uitaţi că fiul sau fiica dumneavoastră se află într-o permanentă schimbare şi creşte mereu în plan fizic şi psihic. Datorită faptului că pe plan fizic devine mai mare şi mai puternic, copilul poate ajunge în locuri şi poate face lucruri care înainte îi erau inaccesibile. Dezvoltarea psihică îl ajută să se gândească la sine, la alţii şi la lumea din jur în noi moduri. Pe măsură ce creşte, copilul se confruntă totodată cu solicitări şi obstacole exterioare din ce în ce mai mari, întrucât ceilalţi se aşteaptă ca el să se schimbe, şi trebuie să facă faţă unor situaţii noi. În fiecare zi, copilul dumneavoastră învaţă noi modalităţi de abordare a diferitelor aspecte ale vieţii sale. Aceste forţe interioare şi exterioare care stimulează schimbarea îl pot duce dintr-un punct de echilibru, fără simptome, către unul de dezechilibru şi tulburare. Sau este posibil ca aceleaşi forţe să-l conducă la o stare de echilibru şi către reducerea simptomelor.

Aceste patru categorii vă pot ajuta să înţelegeţi că, deşi copilul poate avea o întârziere sau o perturbare într-o anumită sferă, el poate să gestioneze cu succes alte aspecte. Păstrarea în minte a unei perspective a dezvoltării vă poate ajuta să fiţi mai înţelegător cu copilul sau cu propria persoană atunci când lucrurile o iau razna. Treaba dumneavoastră este să-l ajutaţi pe copil să gestioneze schimbările curente şi să dezvolte deprinderile de a se adapta la schimbările care-l aşteaptă. Se poate ca şi dumneavoastră să aveţi de făcut această treabă deloc uşoară în timp ce vă confruntaţi cu schimbările de dezvoltare din propria viaţă: preluarea unor responsabilităţi mai mari la locul de muncă, confruntarea cu o boală sau cu schimbările din relaţia cu părinţii dumneavoastră. Înţelegerea şi răbdarea, faţă de dumneavoastră şi faţă de copil, sunt calităţi utile în lupta cu problemele care apar în mod inevitabil în sarcina de a fi părinte.

Dorothy era îngrijorată cu privire la fiica ei în vârstă de opt ani, Melissa. I se părea că nu dă dovadă de niciun pic de empatie și/sau de preocupare față de sentimentele celorlalți. Se temea că Melissa nu avea să dobândească nicicând capacitatea de a fi empatică. Din pricina impulsivității ei, Melissa urma un tratament medicamentos, la care reacționase pozitiv. Totuși, își pierduse apetitul și nu prea mai mânca, ceea ce constituia o problemă de câteva luni, iar Dorothy o întreba zilnic pe fiica ei dacă mâncase sendvișul la școală. Într-o bună zi, ca răspuns la întrebarea mamei, Melissa a întrebat-o dacă era îngrijorată că nu mânca așa cum trebuie și că ar putea să slăbească. A durat ceva vreme până ce Dorothy a înțeles că fiica ei era îngrijorată cu privire la felul în care se simte mama. Melissa dădea dovadă de empatie față de ea. Totodată, Dorothy a înțeles că o considerase pe fiica ei ca fiind statică și neschimbată, și nu ca dezvoltându-se lent și având nevoie de mai mult timp pentru a achiziționa anumite deprinderi, în comparație cu copiii de vârsta ei.

Indiferent de situația copilului, încercați să nu vă concentrați doar pe întârzieri și dificultăți. Nu ignorați punctele forte și realizările copilului, ceea ce vă va ajuta să interacționați cu copilul așa încât să-l ajutați să-și dezvolte punctele tari și să reducă rușinea și îngrijorarea cu privire la simptomele lui.

SUGARI ȘI COPII MICI

Întrucât tulburările de comportament și emoționale pot avea o bază fizică sau medicală, *toate simptomele persistente trebuie evaluate de către un pediatru sau un medic de familie.*

PERTURBAREA RUTINEI CORPORALE (ALIMENTAȚIE, SOMN ȘI ELIMINARE)

De la naștere, sugarul are dificila sarcină de a trece cu succes de la viața într-un mediu total controlat (pântecul mamei) la cea într-o lume în care totul se schimbă. Corpul sugarului trebuie să se adapteze la variații ale temperaturii, ale sunetului și ale luminii și la schimbări ale senzațiilor fizice. De asemenea, trebuie să dezvolte tipare pentru alimentație, eliminare și pentru odihnă.

În acest stadiu timpuriu, majoritatea dezechilibrelor au un fundament predominant fizic. De exemplu, sistemul digestiv al copilului poate avea dificultăți în digerarea unui anumit tip de mâncare, producând gaze, crampe sau diaree, ori poate că bebelușul are o infecție a urechii, iar durerea provocată de aceasta îl trezește adesea din somnul de noapte.

Totuși, chiar și nivelul de anxietate sau de depresie al persoanei de îngrijire poate afecta funcționarea fizică a sugarului. Acest lucru se poate întâmpla îndeosebi la sugari și copii mici extrem de sensibili, care pot reacționa chiar și la niveluri reduse de anxietate sau de depresie ale mamei sau tatălui.

Ca părinte, investiți în mod natural în noul-născut. Când acesta e bolnav și tiparele obișnuite de alimentație, somn și eliminare sunt tulburate, sunteți mâhnit și se poate să nu reușiți să vă păstrați sentimentele în echilibru. De obicei, copilul se recuperează repede de pe urma unei boli, iar dumneavoastră veți restabili echilibrul emoțional, însă, uneori, părintele și copilul pot intra într-o spirală negativă: tiparele lui perturbate și reacțiile dumneavoastră emoționale se vor înrăutăți reciproc. Pentru a face ca interacțiunea să devină din nou una pozitivă, apelați la intervenția unui membru al familiei înțelegător sau cereți ajutor pediatrului.

Exemplul de mai jos ilustrează spirala negativă a interacțiunii dintre mamă și sugar, urmată de o schimbare pozitivă.

După ce mânca, sugarul Joey avea gaze abdominale. Suferința lui a mâhnit-o pe mama sa, care era la primul copil și care a simțit că făcea ceva greșit care-i provoca acea problemă copilului. A devenit destul de anxioasă față de momentul mesei, iar sugarul a început să respingă biberonul. Și soțul a devenit anxios. În loc să-și ajute soția să fie mai încrezătoare, a-nceput și el să fie o sursă de îngrijorare.

Mama s-a consultat cu pediatrul copilului, care i-a explicat că probabil Joey digeră cu dificultate laptele praf, drept urmare medicul i-a recomandat să îl schimbe. Acest fapt a liniștit-o pe mamă și a contribuit la ruperea cercului vicios. De asemenea, mama s-a gândit să consulte și un terapeut pentru a discuta despre anxietatea ei, însă, întrucât simptomul lui Joey s-a diminuat pe măsură ce copilul creștea, anxietatea mamei a dispărut de la sine.

PERTURBAREA RELAȚIONĂRII (ATAȘAMENTULUI)

Sugarii sunt programați să „recunoască" și să reacționeze la chipul uman. Zâmbetul sugarului ajuns la câteva luni și încercările lui de a comunica prin intermediul sunetelor și al mișcărilor indică faptul că, din naștere, are capacitatea de atașament, o legătură pozitivă, bazată pe încredere și dependență. Fără acest fel de legătură cu o persoană de îngrijire, e posibil ca sugarul să nu se dezvolte normal sau chiar să nu supraviețuiască.

Se poate să fiți tulburat dacă nu simțiți că aveți o legătură cu sugarul dumneavoastră sau dacă sunteți de părere că el reacționează în mod neobișnuit la alți copii sau la adulți. Deoarece în mod natural sunteți pe aceeași frecvență cu copilul, observațiile dumneavoastră sunt foarte importante. Sentimentul lipsei de conexiune cu copilul poate semnaliza în mod subtil că el are o întârziere în dezvoltarea capacității de interacțiune socială sau a comunicării verbale și nonverbale.

- Poate avea o problemă cu auzul şi văzul.
- Poate să fie foarte sensibil sau extrem de reactiv la anumite intensităţi ale atingerii, ale sunetului, vederii sau gustului.
- Poate avea o problemă cu procesarea (distingerea şi reacţia la) semnalelor sociale.
- Poate avea o dificultate la menţinerea unei legături consecvente, din cauza crizelor.

Dacă până la vârsta de zece luni copilul nu gângureşte şi nu face gesturi ca reacţie la prezenţa dumneavoastră şi ca modalitate de comunicare a dorinţelor sale, consultaţi un specialist în puericultură. O evaluare completă făcută de un pediatru sau de un specialist în puericultură vă permite să beneficiaţi de tratarea timpurie a cauzei perturbării sau întârzierii. Cu cât tratamentul este început mai devreme, cu atât mai bine.

Următorul exemplu descrie modul în care o mamă acordată la sugarul ei a remarcat devreme existenţa unor probleme şi a apelat la ajutor.

Tony este al patrulea copil al Mariei. La început, ea era încântată că sugarul avea un comportament liniştit şi că nu plângea mai deloc. În primele luni, mama a remarcat şi că băiatul părea destul de diferit de ceilalţi trei copii ai ei. Tony nu o privea atunci când îl hrănea şi nici nu era bucuros să se afle în preajma fraţilor, aşa cum se întâmplase cu al doilea şi al treilea bebeluş.

Maria şi soţul ei au povestit pediatrului ceea ce observaseră, iar acesta a solicitat o evaluare a dezvoltării făcută de o echipă de specialişti. Echipa a recomandat o un program de intervenţie, care să-i ajute pe Tony şi pe părinţii lui să identifice căi mai bune de a gestiona stimularea vizuală şi auditivă firească. Până în acel moment, stimularea fusese prea intensă pentru a putea fi procesată de creierul sugarului. Ca răspuns la o creştere uşoară a stimulării, Tony dezvoltase un tipar prin care pur şi simplu „se închidea".

Prin intermediul intervențiilor, părinții lui Tony au descoperit modalități noi de anticipare a situațiilor care ar putea însemna o stimulare prea intensă pentru copil, precum și metode de a-l ajuta să tolereze acele situații și să nu se mai închidă imediat.

PERTURBAREA MODULĂRII EMOȚIONALE (DISPOZIȚIE, EXCITAȚIE ȘI ANXIETATE)

Dispozițiile sugarilor sunt destul de simple. Ei sunt îndeaproape conectați la stările fizice de confort sau suferință ale părinților. Dispozițiile comunică, în mare, cât de bine se adaptează sistemele corporale ale sugarului (sistemul nervos, cel digestiv, sistemul hormonal etc.) noului mediu înconjurător, din afara pântecului mamei. Capacitatea înnăscută a unui copil de a avea stări emoționale îl ajută să se atașeze de persoanele de îngrijire și, totodată, să fie influențat de aceste relații.

Stările emoționale ale copilului mic sunt în continuare foarte mult legate de stările sale fizice, fiind totuși din ce în ce mai mult influențate de interacțiunile cu ceilalți. Modularea emoțională a copilului mic (deprinderea de a menține o dispoziție echilibrată pozitiv) depinde de persoana de îngrijire.

Sugarul sau copilul mic poate avea crize frecvente și extrem de furioase, poate fi foarte trist sau retras din diferite motive:

- Are o problemă fizică subiacentă care provoacă durere sau disconfort.
- Sugarul sau copilul mic prezintă toleranță scăzută la stresul generat de schimbare sau la pierderea unei legături liniștitoare cu persoana de îngrijire.
- Are niveluri crescute de anxietate sau teamă cauzate de o stimulare prea intensă (fie din pricină că stimularea este prea mult pentru copil, fie din cauză că acesta este ușor suprastimulat).

- Lipsa permanentă a armoniei sau existența unui conflict constant în familie poate să-l streseze pe copil. Un mediu tensionat nu sprijină, ba chiar poate submina dispoziția pozitivă a copilului mic. Prin urmare, copilul dumneavoastră poate să nu se descurce cu gestionarea stresului normal care apare în timpul tranzițiilor și poate avea nevoie de mai mult timp pentru a se „recupera" în urma unei tranziții reușite sau a unei noi experiențe.

Oferiți-i copilului mai mult timp pentru tranziții, astfel încât să aibă timp să se adapteze la schimbările survenite. Când copilul este suprastimulat, acordați-i suficient contact, timp petrecut cu persoana de îngrijire și multe mângâieri. Dacă este nevoie, încercați să rezolvați conflictul existent în familie, apelând la ajutor de specialitate.

Exemplul de mai jos arată cum un sugar poate răspunde la tensiunea emoțională existentă între adulții din jurul său și cum stresul copilului se poate diminua când adulții își rezolvă conflictele.

> Elizabeth avea doar 17 ani și nu era căsătorită când l-a născut pe Spencer. Proaspăta mamă și fiul ei locuiau cu bunicii. Mama și bunica lui Spencer își disputau poziția de principală persoană de îngrijire. Adesea, după izbucnirile de furie ale celor două femei, sugarul plângea în hohote și părea foarte trist și irascibil. Elizabeth avea grijă de Spencer, în ciuda tensiunilor dintre ea și mama ei. Pe măsură ce aceasta din urmă a acceptat că principalul ei rol era de a o ajuta pe Elizabeth, conflictul dintre cele două femei s-a diminuat, accesele de plâns ale sugarului s-au redus și dispoziția lui s-a îmbunătățit.

Adoptarea unei perspective a dezvoltării cu privire la perturbările care apar la sugari și la copiii mici vă va ajuta să înțelegeți mai bine ceea ce se întâmplă, câtă vreme comunicarea verbală

este limitată, iar aspectele fizice ale creşterii şi schimbării sunt atât de proeminente. Ce încearcă să realizeze sau cu ce se confruntă copilul în plan fizic? Ce legătură există între simptom şi stadiul de dezvoltare fizic, relaţional sau emoţional al copilului meu?

PREŞCOLARI

Copiii cu vârste între trei şi cinci ani sunt foarte sensibili şi reactivi la mediul înconjurător, precum şi la ceea ce se întâmplă între ei şi adulţi. Spre deosebire de sugari şi de copiii mici, dezechilibrele preşcolarilor vor avea mai adesea cauze psihologice decât fizice. Cu toate acestea, discutaţi cu pediatrul despre toate simptomele persistente, din moment ce ele pot avea şi cauze medicale.

PERTURBAREA RUTINEI CORPORALE (ALIMENTAŢIE, SOMN ŞI ELIMINARE)

În timpul anilor preşcolari, o mare achiziţie pentru copii în ceea ce priveşte gestionarea corpului este capacitatea de a dezvolta tipare regulate pentru urinat şi defecat. De obicei, preşcolarii îşi pot amâna impulsurile de a urina şi de a defeca, deşi această deprindere este uşor perturbată de cauze emoţionale (de exemplu, anxietate/frică) sau fizice (de exemplu, o boală). Uneori, preşcolarii pot avea şi probleme alimentare.

Dificultatea în dezvoltarea propriilor rutine în ceea ce priveşte urinarea şi defecarea este des întâlnită. Cel mai frecvent simptom este enurezisul.

- În mod obişnuit, enurezisul este cauzat de imaturitatea neurologică, nu de cea psihologică.

- Uneori, enurezisul poate fi şi rezultatul unei regresii cauzate de un stres psihologic major, cum ar fi naşterea unui frate, care se întâmplă la scurt timp după ce copilul rămâne uscat, în mod regulat. Un regres poate urma şi după un stres fizic, precum o intervenţie chirurgicală sau o boală gravă.

De obicei, enurezisul dispare de la sine când copilul creşte. Această problemă este prezentă la unu din cinci copii în vârstă de cinci ani, la unu din douăzeci de copii în vârstă de până la zece ani şi la unu sau la doi copii în vârstă de până la 15 ani (vezi Capitolul 2, **Enurezisul**).

Problemele controlului sfincterian apar din numeroase motive:

- În mod obişnuit, problemele de defecare apar la copilul întru câtva imatur din punct de vedere emoţional şi social.
- Copiii imaturi sunt mai vulnerabili la stresul care poate apărea în rutinele de dezvoltare a utilizării toaletei.
- Stresurile specifice includ absenţa unui părinte din casă (ca de pildă lipsa tatălui care lucrează în armată şi este în misiune în altă ţară).
- Părintele şi copilul pot dezvolta un conflict cu privire la momentul sau locul în care copilul ar trebui să defecheze. În acest caz, controlul şi puterea devin forţele principale în cadrul relaţiei, înlocuind dorinţa copilului de a face pe plac părintelui şi de a rămâne ataşat de acesta.
- În cazuri rare, colonul poate avea o problemă în funcţionare.

Principalul motiv al copilului de a învăţa să amâne urinatul sau defecatul şi să folosească toaleta este dorinţa de a face pe plac părintelui. Astfel, cultivarea unei relaţii iubitoare cu preşcolarul îl va ajuta să accepte aceste rutine.

Copilul îşi va controla defecarea în ritmul *său* propriu. Deşi poate să aibă o dificultate, observaţi toate celelalte lucruri pe care le face bine. Apelaţi din timp la ajutor de specialitate, astfel încât o dificultate de scurtă durată să nu devină o problemă pe termen lung (vezi Capitolul 2, **Encoprezis**).

Exemplul următor ilustrează felul în care o mamă a mutat centrul de greutate al luptei pentru putere cu fiica sa către o abordare mai pozitivă şi de colaborare în deprinderea folosirii toaletei.

Imediat după împlinirea vârstei de cinci ani, Veronica se afla într-o luptă intensă cu mama ei, cu privire la defecare. La grădiniţă nu mergea la toaletă şi adesea reţinea scaunele vreme de mai multe zile. La începutul educaţiei sfincteriene, fata reţinea scaunele atât de mult, încât era foarte dureros când, în cele urmă, mergea la toaletă.

Se abţinea mult timp să defecheze şi în cele din urmă pierdea controlul asupra scaunului, murdărindu-şi lenjeria. Mama o forţase să poarte scutece, în mare parte din pricina frustrării că nu mai ştia ce altceva să facă. Din cauză că Veronica refuza să folosească toaleta, avea adesea dureri de stomac şi mereu era nevoie să i se facă o clismă.

Mama ei a încercat să-i explice lucrurile atât printr-o abordare simplă, cât şi cu ţipete furioase. Niciuna dintre variante nu a făcut-o pe Veronica să renunţe la reţinerea scaunului. Când cineva o întreba pe fetiţă dacă trebuie să meargă la oliţă, ea scutura din capul acoperit cu bucle blonde în semn că nu. În unele perioade, mama Veronicăi o convingea în mod constant pe fată să se aşeze pe oliţă după mese, însă, după o vreme, tiparul era întrerupt din cauză că niciuna dintre ele nu putea să păstreze o abordare echilibrată şi consecventă.

A venit vara. Veronica a vrut să meargă în tabără şi să înoate. Mama a început să o ameninţe că nu o va lăsa dacă nu „face caca la oliţă". Acest lucru a condus la ascuţirea şi mai tare a conflictului.

I-am sugerat mamei să-i explice limpede fetei regula din tabără: doar copiii care făceau la oliță aveau voie să intre în piscină; mama i-a spus fiicei că o lasă să meargă în tabără, însă instructorii nu o îi vor da voie să intre în piscină pentru că nu merge la toaletă. Totodată, s-a oferit să o ajute pe Veronica, astfel încât să poată intra în piscină. Din bariera copilului, a devenit susținătoarea lui. Cu această schimbare de relație, Veronica și mama ei au dezvoltat un plan pentru ca fata să meargă în mod regulat la toaletă, să nu mai defecheze în lenjerie, așa încât a putut să meargă în tabără și să înoate.

Ca și alți preșcolari, Veronica încerca să obțină un anumit grad de control asupra propriului ei corp. Din cauza experienței dureroase de la începutul educației sfincteriene, fata era speriată și încerca să se sustragă de la îndeplinirea acestei sarcini. A preferat să evite întreaga problemă. La început, mama a fost prinsă în frica fiicei și a încercat să o controleze pe Veronica (atât frica ei, cât și defecarea). Situația s-a îmbunătățit când mama Veronicăi a căpătat controlul asupra propriei sale frici și și-a ajutat fiica să vadă avantajele controlului defecării. Astfel, Veronica a depășit cu ușurință întârzierea din această sarcină de dezvoltare.

PERTURBAREA ACTIVITĂȚII CORPORALE (MIȘCĂRII)

Preșcolarul dumneavoastră este un ghem de energie și „îndrăgostit" de lume. Sunt atât de multe lucruri noi! La această vârstă, acțiunea pare să fie modalitatea lui principală de a se relaționa cu lumea, la fel cum era „activitatea orală" pentru sugar. Capacitatea copilului dumneavoastră de a amâna acțiunea și de a-și gestiona impulsurile crește simțitor în această perioadă de dezvoltare. Și este nevoie ca ea să se dezvolte astfel încât, în următoarea etapă de creștere, el să fie pregătit pentru școală.

Unii copii care au un nivel anormal de mare al activității pot fi inițial considerați ca „hiperactivi" de către un educator, în

special când au avut unele experiențe de socializare cu alți copii de la creșă. Astfel de copii pot să nu fie considerați „anormal de hiperactivi" (ceea ce înseamnă diagnosticați cu tulburarea de hiperactivitate/deficit de atenție – ADHD) până la începerea școlii primare. Acest fapt poate fi cauzat de toleranța crescută față de activitățile de la grădiniță, de faptul că hiperactivitatea are un nivel moderat (și care poate fi gestionat când copiii nu trec prin perioade lungi de stat așezat) sau de faptul că cel mic poate respecta îndeajuns regulile, astfel încât să nu manifeste o problemă de comportament când există reguli clare și organizare.

În cazul în care copilul este hiperactiv (indiferent dacă este sau nu diagnosticat cu ADHD), asigurați-vă că are suficiente supape de eliberare fizică, precum și îndrumare fermă și înțelegătoare și limite pentru latura sa impulsivă. Acest lucru îi va acorda răgazul de a câștiga un control mai bun al nivelului de activitate și al impulsurilor și de a reduce riscurile de a-și forma o imagine de sine negativă, din cauză că energia și impulsivitatea crescute îi fac probleme.

Pentru un copil de până la șase ani considerat hiperactiv, tratamentul medicamentos este utilizat doar ocazional, deoarece este adesea dificil să se facă distincția între activitate normală intensă și hiperactivitate problematică.

Unii copii, care inițial par că sunt pur și simplu hiperactivi, pot prezenta alte probleme:

- Pot fi cu ușurință hiperexcitați de către anxietate sau alte emoții puternice care însoțesc stresul obișnuit sau pot fi hiperexcitați cronic de un stres familial accentuat. (În cazul în care copilul este exagerat de activ într-un singur cadru sau doar ocazional, probabil că este din cauza anxietății, nu din cauza hiperactivității sau a lipsei de atenție).
- Pot exista întârzieri și în alte aspecte ale dezvoltării copilului. De exemplu, copilul poate avea o întârziere în dezvoltarea limbajului sau în cea social-emoțională.

BCU

La acest grup de vârstă poate apărea şi hipoactivitatea (activitatea prea redusă), printre cauzele sale numărându-se:

- o boală fizică apărută brusc sau probleme permanente, cum ar fi astmul şi infecţiile cronice;
- depresia;
- alte probleme ale dezvoltării, care trebuie evaluate.

Exemplul de mai jos descrie un copil care se confruntă cu hiperactivitatea şi arată felul în care mama sa şi educatorii de la creşă au cooperat cu el, oferindu-i un nivel mai mare de organizare şi mai mult sprijin.

Personalul de la grădiniţă a chemat-o pe mama lui Jeff ca să-i spună că băiatul este pe cale de a fi dat afară. Aparent, el intra mereu în conflict cu educatorii. Nu asculta când aceştia îl rugau să stea jos, în linişte, şi să fie atent la povestea care era citită cu voce tare. Educatorii doreau ca băiatul să se joace în linişte la masa de desen, să se potolească şi să doarmă după-amiaza, ca toţi ceilalţi copii. Jeff se mişca în permanenţă, vorbea cu copilul de lângă el în timp ce se citeau poveşti şi nu putea sta liniştit în timpul somnului de după-amiază. Uneori, conflictele se înrăutăţeau.

Jeff avea crize de plâns, iar educatorii se înfuriau. Mama băiatului a solicitat unui consultant să evalueze situaţia. Acesta l-a observat pe Jeff pe parcursul câtorva dimineţi, la grădiniţă, şi a ajuns la concluzia că este posibil ca, până într-un punct, băiatul de patru ani să fie diagnosticat cu ADHD, dar că se poate la fel de bine să fie doar un băiat de patru ani extrem de exuberant.

A recomandat ca Jeff să fie supravegheat îndeaproape, întrucât devenea cu uşurinţă suprastimulat. Asta însemna că, la ora de poveşti, avea să stea lângă educatoare, cineva urma să stea lângă el la masa de desen, iar pentru somnul de după-amiază urmează să fie dus într-o zonă mai îndepărtată de ceilalţi copii. Consultantul a sugerat totodată ca personalul de la grădiniţă

să programeze o activitate în aer liber, chiar înainte de o activitate liniştită a copiilor. A observat că Jeff (dar şi alţi copii) părea mai calm după ce se juca afară. Aceste schimbări au dus la diminuarea conflictului dintre educatori şi Jeff. Crizele lui de furie au luat sfârşit.

PERTURBAREA MODULĂRII EMOŢIONALE (DISPOZIŢIE, EXCITAŢIE ŞI ANXIETATE)

Experienţa emoţională a preşcolarului dumneavoastră are toate ingredientele din repertoriul emoţional al unui adult, inclusiv invidie, gelozie, ruşine, vinovăţie, iubire, bucurie, frică şi curaj. Însă capacitatea copilului de a echilibra sau modula experienţa emoţională proprie trebuie să se dezvolte foarte mult.

Preşcolarii pot prezenta întreaga sferă a dificultăţilor emoţionale adulte, deşi adesea sub o formă mai simplă sau uşor diferită. Anxietatea (frica extrem de puternică) şi depresia (tristeţe şi iritabilitate prelungite) pot, cu siguranţă, să fie prezente la copilul de această vârstă. De obicei, aceste stări emoţionale nu durează foarte mult. Problemele somnului pot fi un semn timpuriu de perturbare de dezvoltare a modulării emoţionale. Un nivel ridicat de frică sau tristeţe poate să apară din varii motive:

- Copilul este foarte sensibil la stresul şi schimbările fireşti.
- Copilul reacţionează la nişte evenimente foarte tulburătoare, cum ar fi moartea unui părinte, divorţul, spitalizarea, o intervenţie chirurgicală, accidente traumatizante sau abuz.

Medicamentele sunt rareori utilizate în cazul preşcolarilor, mai ales deoarece, adesea, copiii reacţionează foarte repede la schimbările de mediu, iar dispoziţiile sunt limitate în timp. În

intervenţiile psihologice sau sociale sunt implicate, de obicei, familia sau persoanele de îngrijire, deşi uneori sunt implicaţi şi copiii în mod direct.

Exemplul următor ilustrează felul în care emoţiile intense au de obicei cauze psihologice subiacente, care pot fi rezolvate.

Stephen, în vârstă de cinci ani, a început să aibă unele greutăţi la grădiniţă şi acasă. Adesea, în toiul unei crize de furie, se muşca şi încerca s-o lovească pe mamă sau să arunce cu ceva în ea. Fiind cel mai mare dintre cei trei copii ai familiei, Stephen nu-l văzuse pe tatăl său de patru luni. Bărbatul era alcoolic şi avea de multe ori crize de furie. O abuzase fizic pe mama lui Stephen şi dispăruse după un acces deosebit de violent.

Personalul de la grădiniţă a observat că aceste crize de furie ale lui Stephen nu erau foarte intense când se afla în apropierea unuia dintre bărbaţii de la grădiniţă, care-l putea îngriji şi putea fi ferm cu el, oferindu-i lui Stephen limite clare şi binevoitoare, în special cu privire la „energia lui furioasă". Pe măsură ce relaţia lui Stephen cu acest educator s-a dezvoltat, şi comportamentul de acasă al lui Stephen a început să se îmbunătăţească.

Stephen s-a confruntat cu multe pierderi şi frustrări pentru vârsta lui fragedă. Furia lui a fost stimulată în mod exagerat. Băieţii de această vârstă abia încep să înveţe să fie asertivi şi să-şi exprime într-o manieră adecvată furia atunci când nu agreează ceva şi au nevoie de o figură masculină care să le ofere un model de exprimare adecvată şi de tolerare a acestor sentimente. Din fericire, Stephen a găsit un asemenea model la grădiniţă.

PERTURBAREA RELAŢIILOR (ATAŞAMENTULUI)

Varietatea de relaţii pe care un preşcolar mai mare le poate avea seamănă cu cea a unui copil de vârstă şcolară. Vorbim aici de prieteni,

rivali, eroi etc. Aceste relaţii sunt puternic influenţate de emoţiile copilului şi, în consecinţă, preşcolarii nu au de obicei legături de durată cu alte persoane şi nici nu sunt interesaţi de acestea. Preşcolarul dumneavoastră abia începe să-şi dezvolte deprinderea de a păstra o legătură cu o altă persoană în faţa emoţiilor negative, cum ar fi frica, furia sau tristeţea. Este mult mai limitat acum decât va fi când va ajunge la vârsta şcolară.

Un copil cu dificultăţi de relaţionare poate fi timid şi poate evita interacţiunea verbală, fizică sau socială. Ori poate să abordeze persoane cu totul străine, fără să facă diferenţa. Poate să se opună cu putere şi să fie provocator (mai ales cu persoanele cu autoritate) şi să nu reuşească să păstreze o legătură pozitivă cu persoana de îngrijire. Niciunul dintre aceste tipare nu face o predicţie a felului în care va fi fiul sau fiica dumneavoastră ca adolescent sau ca adult.

Problemele de relaţionare de la această vârstă sunt influenţate de numeroşi factori:

- Copilul nu reuşeşte să-şi menţină echilibrul emoţional.
- Copilul poate să fie hiperactiv, ceea ce-i îngreunează stabilirea şi menţinerea unor legături liniştitoare.
- Copilul poate avea dificultăţi de ataşament din cauza numeroaselor legături perturbate din trecut.

Puteţi acţiona pentru a preveni ca tiparele de relaţionare neobişnuite sau extreme ale copilului să devină extreme în cel mai crescut grad sau obişnuite. Unii copii, din cauza experienţelor traumatizante timpurii sau a sensibilităţii lor accentuate, au sentimente intense când interacţionează pentru prima dată cu o altă persoană.

- Ajutaţi copilul să găsească modalităţi de a-şi exprima şi de a gestiona frica, ruşinea sau furia care se pot ivi în relaţiile cu alţii.

- Explicați-i copilului că nu este nicio problemă dacă se simte speriat, furios sau jenat, și că există căi acceptabile și inacceptabile de a exprima astfel de sentimente.
- Discutați despre ceea ce simte copilul, fără să-l criticați.
- Îi puteți da sugestii explicite cu privire la felul în care să reacționeze și să se poarte într-o anumită situație. Un copil care se simte înțeles este adesea deschis la primirea unor astfel de sugestii practice.

Pe măsură ce copiii cresc și își gestionează mai bine sentimentele dificile, relațiile lor se pot îmbunătăți. Exemplul de mai jos ilustrează felul în care un cuplu și-a ajutat fiica să-și stăpânească frica în situații sociale noi.

Samantha era foarte vorbăreață când se afla în mijlocul familiei. Totuși, ori de câte ori un străin sau o persoană pe care o cunoștea doar puțin venea în vizită acasă la părinți, abia dacă scotea un cuvânt. La grădiniță, nu vorbea niciodată direct cu educatoarea, doar dădea din cap în semn de da sau nu. Părinții ei erau surprinși de comportamentul fetiței, din moment ce părea neînfricată atunci când se juca în parculeț sau când învăța să meargă pe bicicletă.

Au înțeles că, în situații sociale noi, fetei i se făcea frică și rușine și au început să o ajute să facă față acelor sentimente puternice. Părinții au stat mai mult timp la grădiniță împreună cu fetița și au invitat educatoarea să le facă o vizită acasă, în speranța că Samantha o va considera, astfel, ca mai degrabă fiind un membru al familiei și că se va simți în siguranță în prezența ei.

Părinții Samanthei au înțeles că nu era de niciun folos să o întrebe pe fată ce simțea când era în preajma altor persoane. Însă, când ei au spus, fără să o critice, ce *credeau* că poate simți ea, fata a depășit mai repede stările de neliniște. Odată cu trecerea timpului, ea a început să folosească aceleași cuvinte ca și ei, pentru a-și descrie experiența.

Preşcolarii, mai ales cei cu vârsta între patru şi cinci ani, pot părea uneori nişte „adulţi mici", atunci când se confruntă cu emoţiile şi relaţiile cu ceilalţi. Păstraţi perspectiva dezvoltării, astfel încât să nu supraestimaţi abilităţile copilului şi să puteţi înţelege mai bine dificultăţile prin care treceţi amândoi.

COPII DE VÂRSTĂ ŞCOLARĂ: 6–12 ANI

PERTURBAREA RUTINEI FIZICE (ALIMENTAŢIE, SOMN ŞI ELIMINARE)

Până la începerea şcolii, majoritatea copiilor şi-au creat rutine ferme, alimentaţie, somn şi eliminare, deşi stările emoţionale tulburătoare şi relaţiile problematice pot afecta aceste rutine. Tiparele normale variază. De exemplu, unui copil îi plac anumite alimente şi îi displac altele, are un anumit ritual de culcare şi unele capricii în ceea ce priveşte obiceiurile legate de toaletă.

În cazul în care copilul dumneavoastră are şi la această vârstă probleme persistente în ceea ce priveşte udarea patului sau defecarea în lenjerie, acest lucru îi poate afecta viaţa socială, imaginea de sine şi dezvoltarea emoţională. Enurezisul permanent poate fi cauzat de maturizarea întârziată a corpului. Aveţi răbdare, sprijiniţi copilul şi gândiţi-vă să începeţi un tratament medicamentos dacă enurezisul îl face pe copil să se simtă prea conştient de problema sa, pentru a vrea să doarmă la prieteni (vezi Capitolul 9, despre tratamentul cu medicamente).

Dacă fiul sau fiica dumneavoastră încă îşi murdăreşte lenjeria cu fecale, probabil există mai multe sfere problematice:

- Copilul nu reuşeşte să stabilească relaţii cu cei din jur.
- Are dificultăţi în gestionarea echilibrată a emoţiilor.

- Are mai multă nevoie de sprijin şi de structură, pentru a învăţa cum să-şi gestioneze în mod adecvat corpul.

Dacă la vârsta de şase ani copilul încă defechează în lenjerie, consultaţi-vă cu pediatrul sau cu un medic specialist. Povestea de mai jos ilustrează unele dintre cauzele subiacente ale encoprezisului (întreruperea educaţiei sfincteriene, imaturitate, izolare socială) şi modul în care o mamă, cu ajutorul unui medic, a identificat căi fizice, sociale şi psihologice de a-şi ajuta fiul.

Brian, în vârstă de 10 ani, îşi murdărea lenjeria cu fecale încă de când începuse şcoala. Deşi la cinci ani dobândise deja control sfincterian, avea momente în care îşi murdărea lenjeria şi o ascundea prin camera lui. Mama găsea lenjeria murdară ascunsă în dulap sau sub pat. Uneori, câte un profesor îi spunea mamei că Brian miroase urât.

Mama băiatului nu era sigură ce trebuie să facă pentru a-şi ajuta fiul. Fiind mamă singură de când Brian avea patru ani, lucra cu normă întreagă. Era jenată că băiatul nu dobândise niciodată pe deplin controlul sfincterian. Nu îşi dădea sema în ce măsură dificultatea lui de a-şi face prieteni contribuise la această problemă şi cât era ea rezultatul problemei lui. În general, băiatul părea nefericit şi neinteresat de activităţi în afara casei. Adesea, îşi petrecea timpul liber uitându-se la televizor şi mâncând alimente nesănătoase.

Ajunsă la capătul răbdării, şi-a învins jena şi s-a consultat cu pediatrul copilului. Medicul i-a recomandat lui Brian un regim alimentar adecvat şi câteva laxative; de asemenea, a planificat nişte ore clare la care Brian să meargă la toaletă. Mama i-a oferit sprijin, scriindu-i pe hârtie planul şi oferindu-i lui Brian mici premii dacă îl respecta.

Medicul a încurajat-o totodată pe mama lui Brian să stabilească un program conform căruia, în fiecare săptămână, Brian să aibă trei zile de activităţi la şcoală, după ore, şi să lucreze

împreună cu un adolescent în celelalte zile ale săptămânii. De asemenea, medicul a sugerat și participarea la programul „Frați și surori mai mari", ca ajutor suplimentar.

Mama lui Brian s-a gândit că băiatul era suficient de responsabil pentru a-și purta singur de grijă, fără a crea probleme, ceea ce era adevărat. Însă ea nu a luat în calcul nevoia copilului de experiențe sociale structurate. Deși Brian se descurca destul de bine la școală, era imatur din punct de vedere emoțional și social și avea nevoie de sprijin suplimentar în acele sfere. Cu ajutorul structurării amintite mai sus și al implicării sociale, dispoziția lui Brian s-a îmbunătățit. A început să arate un interes autentic față de copiii de vârsta lui, iar problema legată de toaletă a dispărut.

Retrospectiv, pare că Brian era blocat într-un stadiu de dezvoltare anterior, în care trebuia ca mama să-l monitorizeze și să-l îndrume mai îndeaproape decât credea ea. Când băiatul a căpătat acea supraveghere, a început să „câștige teren".

PERTURBAREA ACTIVITĂȚII CORPORALE (MIȘCĂRII)

Capacitatea unui copil de vârstă școlară de a-și amâna comportamentul impulsiv (generat de nerăbdare, dorință sau de nevoia de a evita durerea emoțională) se îmbunătățește considerabil în comparație cu cea a preșcolarului. Copiii de această vârstă reușesc mai bine să-și controleze în mod voluntar activitatea musculară complexă, ceea ce înseamnă că pot participa la sporturi și la activitățile artistice. Totodată li s-a extins și câmpul atenției. Deși uneori expectațiile și solicitările adulților depășesc capacitatea copilului de „a asculta, a sta liniștit și a tăcea din gură", de multe ori micuțul poate respecta aceste cereri.

Problemele de hiperactivitate, impulsivitate și de interval de atenție sunt considerate a fi cauzate în principal de o imaturitate a dezvoltării ariilor cerebrale care au legătură cu abilitatea de a întârzia reacția. Iată câteva cauze posibile.

- Imaturitatea şi întârzierea dezvoltării pot fi moştenite.
- O afecţiune prenatală a creierului sau din copilăria mică, de pildă o infecţie sau consumul de droguri de către mamă în timpul sarcinii.
- O tendinţă biologică (determinată de unul dintre factorii de mai sus) poate fi amplificată de o suprastimulare cronică (cum ar fi prea mulţi stimuli vizuali sau emoţionali), lipsa organizării şi a rutinei liniştitoare sau o hipersensibilitate la anumite alimente sau substanţe chimice.

Dacă nivelul de activitate, intervalul de atenţie şi nivelul impulsivităţii unui copil rămân imature, acestuia îi poate fi dificil să-şi îndeplinească sarcinile şcolare şi să se înţeleagă cu copiii de aceeaşi vârstă. Imaginaţi-vă că ar trebui să mergeţi la serviciu în fiecare zi, iar şeful vă critică rezultatele. Singuri nu vă puteţi da seama cum să munciţi mai bine, iar colegii îşi dau ochii peste cap la comportamentul dumneavoastră. Aceasta poate fi experienţa internă a copilului care la şcoală se confruntă cu probleme de hiperactivitate, lipsa atenţiei/distragerea atenţiei şi impulsivitate (ADHD).

Dacă activitatea şcolară a copilului şi relaţiile sale cu ceilalţi nu merg bine, pediatrul sau specialistul în sănătate mentală (după trecerea în revistă a tuturor posibilităţilor şi după solicitarea unei evaluări psihologice) poate recomanda tratament medicamentos (vezi Capitolul 2, **Lipsa de atenţie şi Hiperactivitatea**; Capitolul 6, „Teste psihologice" şi Capitolul 9).

Exemplul următor descrie felul în care părinţii unui băiat mic au înţeles că este imatur şi au intervenit pentru a fi siguri că beneficiază de sprijinul de care are nevoie pentru a obţine succesul şcolar.

José era un băieţel fericit şi prietenos când a început clasa a patra, căruia îi plăceau mai mult pauzele şi joaca decât activitatea în clasă. Se înţelegea bine cu colegii şi cu învăţătoarea, dar

rămânea în urmă la citire şi la matematică. În timpul orelor, stătea de vorbă cu elevii din jurul lui şi nu putea să fie atent la învăţătoare. Colegii îl plăceau, dar se plângeau că José voia mereu să vorbească în timp ce ei încercau să lucreze.

José le-a povestit părinţilor că nu-i plăcea să meargă la şcoală pentru că avea mereu probleme. Părinţii lui erau conştienţi că băiatul era oarecum imatur, aşa că au hotărât să discute cu învăţătoarea. După întâlnire, învăţătoarea l-a mutat pe José într-o bancă din faţa clasei, pe rândul de la perete. Totodată, a făcut în aşa fel încât băiatul să beneficieze de ajutor individual în activitatea lui şcolară şi s-a asigurat că era atent atunci când ea vorbea clasei. Treptat, José a început să nu se mai plângă aşa de tare despre şcoală, vorbea mai mult despre colegii care-l plăceau şi despre rezultatele pe care le avea la citire şi la matematică.

Un copil aflat în această etapă poate avea un tip de perturbare a mişcării corporale care nu se regăseşte şi la grupele de vârstă mai mică: ticuri. Nu este ieşit din comun pentru copiii de vârstă şcolară, mai ales cei în jur de zece ani, să aibă spasme sau ticuri scurte, ocazionale şi repetitive, constând în mişcări ale muşchilor din partea superioară a corpului, de la gât şi de la cap. Cauza acestor mişcări excesive nu este înţeleasă, dar una dintre teorii este legată de anxietatea crescută care însoţeşte conştiinţa socială din ce în ce mai accentuată. Astfel de ticuri trec după câteva săptămâni, însă uneori stăruiesc vreme îndelungată. Ticurile motorii de lungă durată pot fi însoţite de „ticuri vocale", cum ar fi tuşitul, dregerea glasului sau scoaterea unor sunete care pot fi diagnosticate ca sindrom Tourette (vezi Capitolul 2, Ticuri).

PERTURBAREA MODULĂRII EMOȚIONALE (DISPOZIȚIE, EXCITAȚIE ȘI ANXIETATE)

Copiii de vârstă şcolară sunt implicaţi activ în dezvoltarea unor metode mai sofisticate de a gestiona experienţa emoţională. Secretele, fantasmele particulare şi sentimentele mai profunde sunt toate posibile în această etapă. Acestea adaugă un nivel de complexitate vieţii copilului, îmbogăţind-o şi, totodată, făcând-o mai stresantă.

Deşi anxietatea este o parte din viaţa de zi cu zi a oricărui copil, pentru unii poate fi copleşitoare. Atunci când copilul prezintă un nivel crescut de anxietate, aceasta poate fi confundată cu frica sau cu îngrijorarea legată de o anumită situaţie (ca, de pildă, frica de întuneric sau de a întâlni persoane noi). Anxietatea poate să apară înainte sau după elementul care a declanşat frica. De exemplu, copilul dumneavoastră de vârstă şcolară pierde vremea sau găseşte scuze ca să evite anumite lucruri care-l fac să se simtă anxios. Sau este obsedat în legătură cu o situaţie şi se implică în ritualuri magice înainte sau după un anumit eveniment sau experienţă. Această situaţie contrastează cu preşcolarul sau cu copilul de vârstă şcolară mai mică şi care resimte anxietate doar când se confruntă cu situaţia declanşatoare.

Copilul poate, de asemenea, să fie nefericit o perioadă mai lungă decât atunci când era mai mic. Nefericirea îi domină dispoziţia şi comportamentul cotidian, ba copilul poate chiar să pară deprimat. Pe măsură ce devine mai conştient de sine, el poate să înceapă să-şi exprime furia faţă de propria persoană că este nefericit. Această atitudine poate coexista alături de un stil anterior de a-şi manifesta furia faţă de alţii pentru „cauzarea" nefericirii sale (vezi Capitolul 2, **Depresia** sau **Anxietatea**).

De curând, specialiştii în domeniul sănătăţii mentale pentru copii şi-au îndreptat atenţia asupra copiilor care au perioade intense de iritabilitate sau modificări majore de dispoziţie. Unii experţi sunt de părere că aceşti copii au o formă timpurie de

tulburare bipolară, însă, din moment ce amestecul de cauze va fi unic pentru fiecare copil în parte, sunt de părere că stabilirea diagnosticului de tulburare bipolară la un copil trebuie făcut cu deosebită precauție. Termenul este utilizat de obicei pentru a vorbi despre o tulburare care se întinde pe parcursul întregii vieți, ale cărei cauze sunt în special biologice; însă, în cazul multor copii de vârstă școlară, nu este clar dacă această cauză este primordial biologică, mai ales atunci când în familie nu există alte cazuri de tulburare bipolară. Diagnosticarea unui copil cu o tulburare care durează toată viața nu face decât să complice lucrurile, mai ales că poate să nu fie un diagnostic corect.

Nu înțelegem toate cauzele tulburării bipolare de dispoziție, însă știm cu certitudine că unii copii au adesea dificultăți în echilibrarea dispoziției, pricinuite de mai mulți factori care interacționează:

- Temperamentul copilului îl poate face foarte sensibil și, astfel, să reacționeze intens la frustrare, rușine sau frică.
- Tulburarea poate fi accentuată, deoarece copilul nu a învățat încă să facă față unei asemenea intensități.
- Copilul a avut experiențe de viață extrem de stresante sau abuzive, care îi stârnesc în permanență emoții intense.
- Copilul nu a avut modele suficiente de gestionare a emoțiilor intense sau dureroase.

Exemplul de mai jos demonstrează cum un copil cu o anxietate distrugătoare, cauzată de multiplele pierderi pe care le-a trăit, și-a depășit această problemă.

Amanda, o elevă de clasa a treia conștiincioasă și întru câtva reținută, avea nouă ani când a început s-o întrebe pe mama ei despre aspecte legate de sănătate. Inițial, mamei nu i s-a părut nimic neobișnuit. Totuși, fiica a început să repete mereu aceleași întrebări, adesea înainte de culcare: „Sunt mulți microbi pe

clanţele de la şcoală?", „Pot să mă îmbolnăvesc şi să mor din cauză că pun mâna pe clanţele de la şcoală?", „Pot să-ţi dau şi ţie microbii ăia, să te îmbolnăveşti şi să mori din cauza lor?"

La început, mama a încercat să o asigure pe Amanda că nu e aşa, însă fără prea mari rezultate. Mama ei a discutat cu pediatrul, care a întrebat-o dacă Amanda avea ritualuri compulsive însoţite uneori de gânduri obsesive. Mama a remarcat că, într-adevăr, Amanda încerca să evite atingerea clanţelor uşilor, iar în cazul în care punea mâna pe una, se spăla de mai multe ori pe mâini. Pediatrul i-a recomandat mamei ca Amanda să meargă la psihoterapeut, iar Amanda a mers doar de două ori, spunând că nu o ajută şi că nu mai vrea să mai discute cu el.

Mama Amandei a continuat să meargă singură la şedinţele de psihoterapie. Astfel, a înţeles că fiica ei avea mai multe probleme stresante recente care contribuiseră la nivelul ei crescut de anxietate. Învăţătoarea fetei din clasa a doua murise brusc, în mijlocul anului şcolar. Trei luni mai târziu, bunicul matern murise şi el. Fata fusese apropiată de aceste persoane, însă părea destul de reţinută şi de o maturitate precoce în confruntarea cu aceste decese. Totodată, mama Amandei a înţeles că fusese oarecum retrasă în relaţia cu fiica, din cauza doliului prelungit de după moartea tatălui ei, bunicul Amandei.

Mama a început să răspundă la întrebările fetei, care erau mai degrabă expresii ale luptelor ei interioare, şi nu o încercare de a afla „fapte", şi, totodată, să vadă cât de anxioasă este fiica ei şi a încurajat-o să tolereze anxietatea nu prin îndeplinirea ritualurilor, ci prin alte modalităţi. A lucrat împreună cu Amanda la această sarcină şi a devenit mai implicată emoţional în legătura cu fiica.

Dispoziţia Amandei s-a îmbunătăţit. Nu mai era atât de compulsivă în investigaţiile ei şi a început să aibă relaţii cu ceilalţi copii. Întrebările ei persistente au încetat treptat. Mama Amandei a aflat că medicamentele ar putea să trateze simptomele fiicei, însă, deoarece acestea practic dispăruseră, a decis să nu urmeze această cale.

Amanda devenise mai conştientă de imprevizibilitatea vieţii, ca urmare a experienţei ei cu moartea unor persoane apropiate şi relativa absenţă a mamei ca reacţie la moartea bunicului. Lăsată să se confrunte singură cu emoţiile şi cu imaginaţia ei suprastimulată, Amanda s-a blocat. Când mama a devenit mai disponibilă din punct de vedere emoţional şi a transpus în acţiune ceea ce aflase de la psihoterapeut, Amanda s-a deblocat, iar dispoziţia ei s-a îmbunătăţit, devenind mai implicată în relaţiile cu ceilalţi copii.

PERTURBAREA RELAŢIILOR (ATAŞAMENTULUI)

La această vârstă, gestionarea relaţiilor din cadrul familiei a devenit, în general, o chestiune de rutină. Sfera explorării sociale şi a dezvoltării implică acum, în mare parte, copiii de aceeaşi vârstă. Prieteni speciali, amici, pasiuni şi colegi de echipă sunt cu toţii posibili acum. Aceste tipuri de legături sunt foarte importante pentru dezvoltarea abilităţilor emoţionale şi sociale. Trebuie amintit din nou că aceste experienţe sociale mai vaste îmbogăţesc viaţa, dar o şi fac mult mai complicată.

Probabil că aţi remarcat deja că fiul sau fiica dumneavoastră are probleme în această sferă, din cauză că nu are prieteni sau are tendinţa de a fi extrem de dezamăgit, furios sau temător faţă de ceilalţi. Copilul poate avea o problemă cu toată lumea din afara familiei sau doar cu anumiţi străini (ca de pildă doar cu copii de aceeaşi vârstă, doar cu adulţi, doar cu bărbaţi sau doar cu femei). La copiii de vârstă şcolară, problemele de relaţionare pot fi cauzate de mai mulţi factori interdependenţi:

- Dificultăţile de relaţionare pot fi influenţate de temperamentul înnăscut al copilului. De exemplu, copilul poate deveni foarte ruşinos sau extrem de anxios când se află în preajma altor oameni.

- Există posibilitatea existenței unei deficiențe specifice, cum ar fi o problemă cu interpretarea indiciilor sociale sau cu înțelegerea situațiilor sociale complexe. În acest caz, copilul poate să se simtă rapid copleșit sau confuz în situații noi.
- Poate fi vorba de experiențe de viață timpurii stresante, ca de exemplu un divorț dureros și de lungă durată, violență domestică, probleme medicale, cum ar fi o operație sau numeroase internări în spital, abuz fizic sau sexual, care subminează sentimentul de încredere și de siguranță.
- Cel mai adesea, problemele de relaționare sunt pricinuite de o combinație a cauzelor enumerate mai sus.

Problemele permanente care au legătură cu cei din jur reprezintă unul dintre simptomele numeroaselor diagnostice psihiatrice formale, care pornesc de la tulburarea opozițională și sfidare și fobie socială și ajung până la tulburarea pervazivă de dezvoltare, de tipul autismului funcțional. Copiii cu astfel de probleme trebuie să învețe:

- să se simtă în siguranță cu altă persoană;
- să-și dea seama câtă încredere pot avea în altă persoană;
- să descopere cum să tolereze dezamăgirea și să nu renunțe la inițierea relațiilor.

Exemplul de mai jos descrie modul în care o mamă și-a ajutat copilul să-și păstreze legăturile cu ceilalți copii.

> După moartea învățătoarei și a bunicului, Amanda (descrisă într-un studiu de caz anterior) prezenta și dezechilibre în ceea ce privește relațiile. Nu-și mai vizita prietenii și devenise întru câtva iritabilă și distantă față de colegi. Se plângea mamei că „nimeni nu este prieten cu mine".

Problemele Amandei erau o exagerare a unei situații apărute când începuse să meargă la grădiniță, însă se părea că dispăruseră în timpul primelor două clase. De fapt, Amanda era activ implicată în relațiile cu colegii în prima parte a anului școlar, înainte de moartea învățătoarei. La grădiniță, Amanda fusese timidă și era repede dezamăgită când o propunere făcută unui coleg nu primea răspuns pozitiv. Mama și-a amintit că, uneori, Amanda venea tristă de la grădiniță, povestind că nu s-a jucat cu nimeni în timpul pauzelor. Atunci, mama Amandei a discutat cu educatoarea, care a făcut un efort suplimentar pentru a încuraja relațiile dintre fată și alți copii de la grădiniță.

Străduindu-se să-și ajute fiica, mama a sugerat ca Amanda să-și cheme în vizită niște colege, care să doarmă peste noapte la ea. De asemenea, a încurajat-o să invite o prietenă la cina familiei sau într-o excursie din weekend.

Amanda avea deja o sensibilitate deosebită față de sentimentul de a fi respinsă, încă dinainte de decesul învățătoarei și al bunicului. Când i-a acordat fetei sprijin suplimentar pentru stabilirea și păstrarea legăturilor cu copiii, mama a ajutat-o să-și depășească tendința de se retrage și de a se simți exclusă.

PERTURBAREA RELAȚIILOR (CUTUMELOR SOCIALE)

Multe reguli, rutine și tradiții bazate pe criterii de gen, clasă socială, grupare etnică etc. se stabilesc în timpul vârstei școlare. Copiii trebuie să învețe foarte multe despre cum să interacționeze cu alții, o parte dintre aceste informații fiind însușite direct, iar restul trebuind preluate intuitiv. Unii copii se descurcă mai bine decât alții în însușirea regulilor și obiceiurilor sociale. Relațiile familiale stabile și sigure îi permit copilului să acorde atenție acestei sarcini în afara locuinței.

Acest tip de perturbare include comportamente (ca de pildă mințitul, înșelatul, furtul și alte activități antisociale) care nu par

să-l tulbure pe copil, dar pot să vă cauzeze suferință dumneavoastră și altor persoane din jurul copilului. Fiul dumneavoastră poate considera suferința adulților ca fiind problema, și nu propriul său comportament sau propriile stări interioare.

Cauzele acestor comportamente variază, depinzând parțial de vârsta copilului.

- Un copil de vârstă școlară mai mică poate minți sau înșela deoarece nu și-a dezvoltat o modalitate mai bună de gestionare a fricii, a dezamăgirii și a furiei legate de o situație socială.
- La o vârstă fragedă, este puțin probabil ca acest comportament să aibă un tipar obișnuit. Un asemenea comportament echivalează cu o „scurtătură": copilul poate să mintă sau să fure pentru a obține repede ceva ce-și dorește cu ardoare. Sau minte ca să evite o urmare negativă, cum ar fi furia unui părinte sau interdicția de a privi la televizor, pe care nu știe s-o gestioneze sau s-o tolereze.
- Copiii de vârstă școlară mai mică pot avea și un comportament antisocial sau distructiv, pentru a „se integra" într-un grup. Copilul poate minți, înșela, fura etc. deoarece și-a văzut frații, a văzut copii de aceeași vârstă, prieteni mai mari sau adulți procedând astfel.
- Comportamentul îngrijorător al unui copil poate avea legătură și cu stresul familial permanent sau cu eșecul de a învăța normele sociale de bază.
- Copilul dumneavoastră poate avea o perturbare permanentă a dispoziției, cum ar fi o depresie, ceea ce-l face să aibă o toleranță scăzută la frustrare și o nevoie crescută de stimulare și plăcere.
- Copilul stabilește doar legături fragile cu ceilalți și nu resimte în plan emoțional modul în care comportamentul său îi rănește pe alții.

- Copilul poate da dovadă de impulsivitate şi să fure fără să fie în stare să se gândească la consecinţele acţiunii sale.
- În cazul copiilor mai mari, consumul de alcool şi de droguri poate contribui la minciună şi la furt.
- (Vezi Capitolul 2, **Înşelatul, Minciuna, Furtul şi Comportamentul opoziţional.**)

Comportamentul antisocial poate avea o singură cauză principală, însă mult mai adesea are mai multe. Pe măsură ce fiul sau fiica dumneavoastră trece de la copilăria timpurie (6–8 ani) la cea târzie (9–12 ani), poate dezvolta un tipar repetitiv de comportament opoziţional şi antisocial ca stil principal de interacţiune (vezi Capitolul 2, **Comportamentul opoziţional**).

Exemplul de mai jos ilustrează felul în care o familie a înţeles şi a abordat treptat problemele care-l făceau pe fiu să aibă un comportament antisocial.

Dennis era pe cale să înceapă liceul. Nu-şi exprimase nicio îngrijorare în legătură cu terminarea şcolii elementare de şase ani, însă, pe timpul verii de dinainte de clasa a şaptea, a început să petreacă mai mult timp la mall cu nişte băieţi mai mari, pe care părinţii lui nu-i cunoşteau. Părinţii au observat că atitudinea şi limbajul lui faţă de ei deveniseră oarecum lipsite de respect. La un moment dat, au remarcat că băiatul era îmbrăcat cu haine pe care nu le cumpăraseră ei. Dennis le-a spus că făcuse schimb de haine cu unul dintre noii săi prieteni. Câteva zile mai târziu, părinţii au fost sunaţi de la un magazin de îmbrăcăminte pentru a li se comunica faptul că fiul lor fusese prins furând din magazin.

Părinţii au plătit hainele şi i-au spus lui Dennis că nu îi mai dau bani de buzunar. De asemenea, el a trebuit să scrie o scrisoare de scuze către proprietarul magazinului de îmbrăcăminte şi nu a mai avut voie să meargă la mall un an de zile. Părinţii l-au înscris într-o tabără de zi pe tot parcursul verii şi au vorbit cu el despre începerea liceului. I-au explicat că urma să aibă timpul bine

organizat pentru teme şi limite stricte în ceea ce priveşte internetul, mesajele şi jocurile pe calculator. Deşi a protestat, părinţii au remarcat că protestele băiatului păreau mult mai puţin haotice şi iritabile şi că el dădea dovadă de mai mult respect.

Tatăl său, care în acea vară începuse un serviciu nou şi era destul de preocupat, a depus un efort special pentru a face activităţi în plus cu Dennis. A încercat să reacţioneze pozitiv când Dennis şi-a asumat un rol mai activ în împlinirea unor sarcini în gospodărie, fără să protesteze. Tatăl l-a încurajat pe băiat să invite nişte prieteni din şcoala primară, pe care îi cunoştea şi el, ca să meargă împreună cu ei la câte un meci de baseball sau în parcul de distracţii.

Dennis se afla în mijlocul unei tranziţii de amploare, urmând să înceapă liceul. Deşi iniţial părinţii îi acordaseră mai multă libertate, ei au înţeles repede că, în timpul acestei treceri, băiatul avea nevoie de îndrumare şi sprijin suplimentare, nu reduse.

PERTURBAREA PROCESĂRII INFORMAŢIILOR (ÎNVĂŢĂRII)

Mediul şcolar este unul în care se dezvoltă şi se exersează abilităţile de relaţionare, în special în anii de şcoală generală. Totuşi, principala sarcină rămâne absorbţia informaţiilor despre lume şi dezvoltarea şi îmbunătăţirea capacităţii de gândire logică.

Copilul poate să nu înveţe lecţiile aşa cum se aşteaptă de la el (în comparaţie cu alţi copii de aceeaşi vârstă sau cu potenţialul/inteligenţa sa). Dezechilibrele de învăţare pot apărea mai întâi din cauza problemelor de comportament de la şcoală. Astfel de comportamente, cauzate de o problemă subiacentă de învăţare, apar adesea când copilul este în clasa întâi sau a doua, deşi uneori şi mai târziu.

Dacă nu există tulburări ale comportamentului, care să atragă atenţia asupra unei probleme de învăţare subiacentă, atunci o astfel de problemă poate fi identificată mai târziu, de obicei când se

obţin note mici la testele naţionale. Acest lucru se întâmplă adesea în clasa a treia, când cantitatea şi complexitatea lecţiilor cresc. Totuşi, în cazul în care copilul dumneavoastră este avansat din punct de vedere intelectual sau dacă profesorii nu descoperă semnele, problemele de învăţare pot să rămână ascunse până mai târziu.

La problemele de învăţare pot contribui şi alte tipuri de perturbări care nu-i dau voie copilului să înveţe ceea ce se predă la şcoală:

- Probleme de atenţie sau dificultăţi emoţionale (cum ar fi depresia) pot perturba învăţarea.
- Probleme senzoriale specifice (precum afecţiuni ale vederii sau auzului) pot afecta procesarea informaţiei.
- Creierul copilului poate avea o modalitate specifică de a prelua, procesa şi de a transpune în vorbire sau în scris informaţiile vizuale şi auditive. Această problemă se numeşte „tulburare de învăţare specifică" şi este diferită de întârzierea generală a învăţării care provine dintr-o inteligenţă generalizată redusă. Tulburările de învăţare specifice şi problemele de atenţie apar de obicei împreună.

Exemple de tulburări de învăţare specifice includ: dislexia (tulburarea citirii), tulburări de limbaj expresiv sau receptiv (înţelegere sau vorbire inteligibilă) şi dificultăţi de integrare vizual-motorie (coordonare mână-ochi, cum ar fi scrisul). Problemele de învăţare care apar ca dificultăţi de planificare, organizare, îndeplinire şi finalizare ale unei sarcini se numesc „tulburări de funcţionare executivă" şi, adesea, sunt asociate cu probleme de atenţie. O evaluare cuprinzătoare realizată de un psiholog sau neuropsiholog poate fi necesară pentru a clarifica dacă această dificultate există într-adevăr şi, dacă există, care este motivul ce stă la baza ei (mai multe informaţii vezi la Capitolul 6 despre evaluarea unei tulburări de învăţare).

Mai ales când nu sunt identificate, tulburările de învățare specifice pot cauza copilului foarte mult stres la școală, care la rândul său duce la probleme de comportament și emoționale, iar acestea complică desigur și mai mult dificultatea generală de învățare.

Exemplul de mai jos ilustrează felul în care o familie a devenit conștientă de dificultățile de învățare ale fiului și l-a ajutat pe acesta să le abordeze.

Dennis, pe care l-am cunoscut într-un exemplu anterior, era elev în clasa a șasea și nu se descurca la matematică, deși lumea îl considera un băiat deștept. Părinții lui erau profesori, astfel încât el simțise o oarecare presiune pentru obținerea de rezultate bune la școală. Își mascase rușinea legată de faptul că nu se descurca la matematică făcând pe clovnul clasei și purtându-se țâfnos cu profesorul de matematică. De multe ori, își rătăcea tema de la matematică. Dacă totuși o făcea (ceea ce era puțin probabil dacă nu era supravegheat îndeaproape și ajutat de unul dintre părinți), nu o dădea la corectat. Având în vedere că Dennis părea să fie un elev inteligent, cu rezultate bune la engleză și la materiile umaniste, profesorul și părinții băiatului s-au gândit că „nu își dă silința".

Psihologul școlii le-a sugerat testarea, pentru a descoperi dacă este vorba despre o tulburare de învățare. Spre surpriza tuturor, s-a dovedit că, într-adevăr, Dennis avea o problemă specifică de procesare a simbolurilor și conceptelor din matematică. Totuși, spre surpriza și mai mare a celor din jur, s-a descoperit că Dennis prezenta elemente ale unei tulburări de atenție. Se părea că problemele lui de învățare la matematică erau complicate și mai mult de dificultatea lui de a-și concentra atenția. Deoarece nu întâmpina greutăți la engleză și la materiile umaniste, în timpul acestor ore problema lui de atenție nu era atât de evidentă.

Părinții lui Dennis au angajat un meditator pentru băiat și au stabilit ca cineva să-l ajute la temele de la matematică pe care

trebuia să le facă la școală. Profesorul l-a așezat pe Dennis în primul rând de bănci, pentru a-l ajuta să-și maximizeze capacitatea de concentrare a atenției. Părinții i-au supravegheat temele la matematică și au comunicat în mod regulat cu profesorul; de asemenea, au discutat cu pediatrul despre o încercare de tratament cu medicamente stimulatoare, împotriva dificultăților lui de atenție, însă au decis ca, înainte de administrarea medicamentelor, să aștepte să vadă dacă structurarea suplimentară era suficientă pentru a-l ajuta pe băiat să revină la normal.

Există numeroase motive care contribuie la o anumită perturbare la un copil de vârstă școlară. Păstrarea unei perspective de dezvoltare vă ajută să decideți de cât ajutor (biologic, psihologic, social și educațional) are nevoie copilul dumneavoastră pentru a depăși simptomul/blocajul din dezvoltare.

ADOLESCENȚII

PERTURBAREA RUTINEI CORPORALE (ALIMENTAȚIE, SOMN ȘI ELIMINARE)

La începerea pubertății, copilul dumneavoastră trebuie să facă față unui corp care crește din ce în ce mai mult și care se schimbă semnificativ. Obiceiurile de alimentație și somn dezvoltate în etapa precedentă urmează acum să fie revizuite. Și, din moment ce copilul se maturizează psihologic și sexual, aceste comportamente cotidiene dobândesc sensuri noi. Copilul nu are doar o poftă de mâncare mai mare, ci prezintă și preocupări noi cu privire la dimensiunile, formele, puterea trupului și la aspectul general. Tiparele de somn devin acum haotice din cauza schimbărilor fiziologice, psihologice și sociale. Adolescenții trebuie să dezvolte noi obiceiuri de îngrijire personală

pentru a gestiona noile mirosuri corporale, creşterea părului şi erupţiile cutanate. Zona genitală, utilizată anterior mai ales pentru eliminare, este acum asociată cu senzaţiile şi cu relaţiile sexuale. Toate aceste schimbări, alături de obiceiurile dezvoltate pentru a le gestiona, afectează în cele din urmă imaginea de sine, care se maturizează, şi relaţiile cu ceilalţi.

Doar un mic procent din rândul adolescenţilor continuă să aibă probleme de tipul enurezisului sau encoprezisului. Dacă este prezentă una dintre aceste probleme, probabil că la baza ei se află un dezechilibru grav al modulării dispoziţiei sau al gândirii.

Adesea, adolescenţii prezintă dezechilibre ale obiceiurilor corporale generate de neglijarea igienei personale, cum ar fi duşuri cu frecvenţă variată, neschimbarea hainelor murdare etc. Astfel de neglijenţe se întâmplă adesea când adolescentul se simte copleşit de povara îngrijirii propriei persoane şi, de obicei, sunt temporare. Dacă devin permanente, astfel de simptome pot reprezenta perturbări mai grave ale dispoziţiei (depresie) sau gândirii (retragere paranoidă).

La această vârstă, problemele de lipsă a somnului sunt ceva obişnuit. Sub numele de „igienă deficitară a somnului" se încadrează mai multe cauze tipice ale acestei probleme:

- Atenţia copilului este distrasă sau suprastimulată, chiar înainte de culcare, de vorbitul la telefon sau de comunicarea online pe calculator.
- Copilul nu reuşeşte să-şi dezvolte rutine liniştitoare pentru a adormi.
- Poate avea ore neregulate de culcare, în loc să-şi dezvolte un program moderat, regulat şi predictibil de culcare şi de trezire.
- Copilul poate avea niveluri crescute de anxietate sau poate să fie deprimat.

În cazul fetelor, în special, problemele de alimentaţie devin evidente după pubertate. Acestea pot constitui fie o etapă

trecătoare, fie un stadiu timpuriu al unei tulburări mai grave. Terapia de familie, în primul an de apariție a tulburării alimentare, poate fi de ajutor (vezi Capitolul 2, **Tulburări alimentare**).

Povestea de mai jos ilustrează felul în care o adolescentă poate dezvolta tipare nesănătoase de alimentație și de exerciții fizice, într-o încercare de a gestiona emoțiile dificile.

Martha fusese o elevă foarte silitoare în timpul liceului, acum aflându-se în ultimul an. Depusese un efort foarte mare în activitatea ei școlară și fusese acceptată la o facultate prestigioasă. În timp ce se înscria la facultate, se confruntase cu o stare de anxietate, ajungând astfel să consume alimente nesănătoase. Întrucât se îngrășase cinci kilograme în acea perioadă, s-a decis să slăbească. Mama ei era încântată, deoarece considera că Martha devenise de mai mult timp supraponderală și din această pricină o criticase vreme de mulți ani.

Martha a început să țină regim și să facă exerciții fizice cu aceeași sârguință ca și cea cu care învățase. După șase săptămâni, fata slăbise cinci kilograme și a spus că vrea să mai slăbească încă zece. Mama, care la rândul ei fusese preocupată din când în când de propria greutate, a considerat că ideea fetei este „grozavă".

După alte șase săptămâni și după ce a slăbit încă cinci kilograme, Martha a început să spună că vrea să mai dea jos alte cinci kilograme. Mama ei a început să-și facă probleme. Martha făcea din ce în ce mai multe exerciții fizice și redusese și mai mult cantitatea de alimente consumate. Când mama fetei a adus în discuție acest lucru, adolescenta s-a enervat. A spus că se simte bine, dar că este de părere că încă este grasă. Acest comentariu a îngrijorat-o pe mamă, întrucât Martha începea să devină sfrijită. O prietenă de-a mamei o întrebase dacă fiica ei era „anorectică".

În tot acest timp, Martha nu spusese nimic despre faptul că în curând avea să plece de acasă pentru a merge la facultate sau despre cum resimțea ea această tranziție. De fapt, nu prea spusese

nimic despre cum se simţea. Martha devenise retrasă şi centrată doar pe sine.

Mama a dus-o la pediatru, care a constatat că Martha avea o greutate cu 15% mai mică decât cea normală. Fata era obsedată de programul de exerciţii fizice, de ceea ce mânca, de greutatea pe care o avea şi cât de grasă părea. Martha a recunoscut că „pierduse controlul" cu privire la regimul ei, deşi o parte a ei dorea să îl continue.

Pediatrul a recomandat un program în 12 paşi, pentru fete cu tulburări de alimentaţie, şi a planificat monitorizarea greutăţii fetei în următoarele două luni. Medicul cunoştea familia şi faptul că plecarea Marthei la facultate avea să fie dificilă pentru toată lumea, deoarece nu era decât un copil. El a simţit că tulburarea alimentară a fetei era întru câtva legată de această tranziţie şi a recomandat terapie de familie pentru a-i ajuta pe părinţi să facă faţă acestei schimbări.

PERTURBAREA ACTIVITĂŢII CORPORALE (MIŞCĂRII)

La începutul acestei etape, adolescenţii trec prin perioade de activitate accentuată. Astfel de momente sunt legate de schimbările corporale şi sunt alimentate şi mai mult de accentul sexual pe care îl capătă relaţiile. Copilul poate avea perioade de activitate intensă, care alternează cu perioade de oboseală şi lipsă de energie. Astfel de episoade naturale de apatie pot reprezenta perioade de retragere temporară din faţa tumultuoasei vieţi de puber şi adolescent; ele oferă un prilej de recuperare şi reînnoire.

În general, în timpul anilor de adolescenţă, copiii cu ADHD devin mai puţin hiperactivi, deşi în continuare pot fi foarte activi şi agitaţi. Totuşi, problemele de atenţie şi impulsivitate persistă adesea, iar adolescenţii au frecvent nevoie de medicamente pentru a gestiona aceste probleme. În genere, medicamentele

stimulante continuă să fie eficiente şi la vârsta adultă pentru probleme de atenţie.

Tratamentul cu medicamente pentru hiperactivitate şi pentru deficit de atenţie *nu* predispune un adolescent la consumul de droguri. De fapt, unele studii arată că medicamentele scad riscul abuzului de substanţe în rândul copiilor şi adolescenţilor cu hiperactivitate, impulsivitate şi probleme de atenţie. Se poate ca acest fapt să aibă legătură cu nivelul mai crescut de succes al acestei categorii de tineri, care au şi capacitatea mai bună de decizie datorată impulsivităţii reduse, în comparaţie cu cei care nu beneficiază de tratament. Severitatea lipsei de atenţie a copilului, a impulsivităţii şi a dificultăţilor organizaţionale, precum şi disponibilitatea de a accepta responsabilitatea confruntării cu problemele sale influenţează continuarea sau încetarea tratamentului medicamentos în adolescenţă şi mai departe.

Povestea de mai jos ilustrează modul în care un tânăr a luat medicamente pentru a-l ajuta cu problemele de atenţie pe care le avea, dezvoltând în acelaşi timp alte modalităţi de gestionare a acestora.

Charles aştepta cu nerăbdare să meargă la facultate. În timpul şcolii, niciodată nu i s-au părut dificile lecţiile. Era foarte activ din punct de vedere fizic şi a descoperit că practicarea unui sport în fiecare an îi era utilă în gestionarea nivelului de energie. Deşi nu era foarte bine organizat şi avea tendinţa să amâne până în ultima clipă să înveţe pentru un examen, s-a descurcat destul de bine şi a fost acceptat la o facultate bună.

În timpul primului semestru al anului doi de facultate, notele lui au început să scadă. A observat că, în comparaţie cu prietenii săi, avea nevoie de mai mult timp pentru a-şi face lucrările şi pentru a învăţa pentru examene. S-a gândit că este din cauza faptului că pierde mult timp stând la taifas cu prietenii, însă, şi când a îndepărtat aceşti factori de distragere, a observat că tot avea nevoie de mai mult timp pentru a face lucrările dificile.

A solicitat ajutor la centrul de consiliere al facultății, unde i-a fost recomandată testarea psihologică. S-a dovedit că Charles avea o ușoară tulburare de deficit de atenție care îi afecta abilitatea de a realiza sarcini mai complexe și mai dificile, fără consum mare de timp.

Nu a vrut să ia medicamente pentru că dorea să-și facă „singur" treaba, însă a hotărât să apeleze la ele în timpul finalului de semestru, când volumul de muncă și presiunea timpului erau foarte mari. Alteori, fiind conștient de problema pe care o are, și-a structurat timpul de învățare astfel încât în fiecare seară să aibă câteva ore în care atenția să nu-i fie distrasă de nimic. Deși în continuare îi lua mai mult timp să-și termine studiul decât dacă ar fi luat medicamente, a remarcat că structurarea timpului l-a ajutat considerabil.

E posibil ca Charles să nu se fi confruntat cu dificultatea aceasta dacă nu avea o ușoară tulburare de deficit de atenție sau dacă nu ar fi avut sarcini școlare atât de complexe, care i-au pus la încercare capacitățile.

PERTUBAREA MODULĂRII EMOȚIONALE (DISPOZIȚIE, EXCITAȚIE ȘI ANXIETATE)

Schimbările care apar în adolescență stârnesc nenumărate emoții. În interior are loc o transformare majoră fizică și psihologică, iar la exterior se observă o creștere considerabilă a complexității relațiilor și a rolurilor sociale. Implicarea pasionată în relații cu alți oameni, cu idei și anumite activități sau interese reprezintă o marcă a adolescenței. Este un mic miracol că adolescentul dumneavoastră poate arăta o creștere a toanelor și a sensibilității emoționale.

O perturbare des întâlnită a modulării emoționale la un adolescent este depresia, care poate semăna în mare măsură cu cea manifestată la adult. Printre simptome se numără:

- tristeţe şi gânduri autocritice excesive;
- somn excesiv sau insomnie;
- consumul excesiv de alimente sau lipsa poftei de mâncare;
- lipsa interesului faţă de activităţile cotidiene;
- probleme în desfăşurarea activităţii şcolare;
- gânduri suicidare.

De obicei, cauzele psihologice ale depresiei la adolescenţi ţin de trei domenii:

- dificultăţi în renunţarea la rolurile şi gratificaţiile specifice micii copilării;
- prezenţa unei relaţii intens conflictuale, adesea în cadrul familiei, dar şi în afara ei;
- pierderea unei relaţii după care nu se ţine doliu în mod adecvat (ca, de exemplu, moartea unui membru al familiei, cu care a avut o relaţie foarte conflictuală, sau o relaţie de iubire care nu a funcţionat).

Dacă adolescentul dumneavoastră încearcă să facă faţă unei depresii grave fără să primească ajutor, aceasta poate duce la alte tipare de comportament sau afective care ajung să aibă „o viaţă proprie". De exemplu:

- Adolescentul dumneavoastră poate consuma alcool sau droguri ca „medicamente", în încercarea de a evita starea de depresie.
- Adolescentul poate dezvolta un tipar de comportament furios exploziv, pentru a evita sentimentele intolerabile de dezamăgire sau îngrijorare.
- Devine preocupat de imaginea corporală; aceasta îl poate distrage de la sentimentele dureroase şi în acelaşi timp poate exprima ruşinea, furia sau deznădejdea. Cu alte cuvinte, deşi deznădejdea, ruşinea sau frica pot proveni

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

din alte sfere ale vieții adolescentului, acesta poate simți că astfel de sentimente apar „din cauza" înfățișării sale și este posibil să devină foarte preocupat de corpul său.

- Adolescentul își poate provoca singur răni, intenționat, într-o încercare de a evita și de a-și exprima disperarea, frica, furia sau rușinea (vezi Capitolul 2, Autorănirea/autoabuzul). Deși un asemenea comportament poate fi inspirat din ceea ce a auzit despre faptele altor adolescenți (în jurul lui sau din mass-media), ar trebui să fie întotdeauna luat în serios.

Perturbările cum sunt preocuparea excesivă față de corp și tăierea pot fi mai frecvente la fete, dar și băieții au astfel de dezechilibre.

Dacă adolescentul prezintă un tipar de depresie amestecat sau alternând cu un tonus plin de energie, agresiv sau agitat, poate avea o tulburare de dispoziție instabilă. Cea mai intensă formă de instabilitate a dispoziției se numește *tulburare bipolară* sau boală maniaco-depresivă. Tulburarea bipolară la adolescenți poate semăna cu cea manifestată de adulți, fiind tratată cu aceleași medicamente. În diagnosticarea copiilor cu tulburare bipolară sau cu boala maniaco-depresivă (vezi Capitolul 2, **Tulburări de dispoziție**) se impune o deosebită precauție. Distincția între diverse tulburări de dispoziție (depresie simplă și dispoziție instabilă) are implicații în ceea ce privește tratamentul (vezi Capitolul 9).

Anxietatea poate apărea sub forma atacurilor de panică, a stărilor continue de anxietate accentuată și generalizată sau ca o preocupare excesivă față de anumite situații sociale. Cu toate acestea, anxietatea adolescentului dumneavoastră poate să nu fie atât de evidentă când acesta o gestionează evitând ceea ce-l face să fie anxios sau când are tot felul de ritualuri, compulsii și preocupări. Aceste compulsii și preocupări se pot concentra pe activitatea școlară, pe anumite sporturi, hobby-uri sau asupra

corpului. La început, poate fi greu să decelaţi faptul că atenţia excesivă acordată lecţiilor sau sporturilor este o problemă. Totuşi, la o analiză mai atentă, puteţi descoperi că atenţia excesivă faţă de lecţii îl ajută pe copil să evite alte tipuri de interese şi activităţi care îl fac să fie foarte anxios (vezi Capitolul 1, pentru a afla cum să faceţi distincţia între variaţii normale şi stări care necesită evaluare sau tratament).

Exemplul de mai jos ilustrează felul în care o adolescentă a ajuns să fie depresivă în perioada unor tranziţii majore, însă starea ei s-a îmbunătăţit treptat cu ajutorul terapiei de familie.

Jennifer era o elevă veselă, fermecătoare şi conştiincioasă. A devenit o vedetă în echipa de hochei pe iarbă a liceului şi avea multe prietene. Băieţii i se păreau mai degrabă misterioşi. Crescuse doar alături de mama sa, întrucât tatăl ei murise când Jennifer avea şapte ani. Mama nu se recăsătorise, deşi avusese două relaţii de durată.

La începutul clasei a 12-a, Jennifer părea că are experienţe pozitive una după alta. A început să se întâlnească cu un băiat, John, de care se îndrăgostise de la distanţă. A fost aleasă căpitan al echipei de hochei pe iarbă, echipă care nu avea nicio înfrângere în acel sezon. Antrenorul de la facultatea pentru care optase i-a spus fetei că era ca şi acceptată.

Aproximativ în acelaşi timp cu încheierea sezonului de hochei pe iarbă, John s-a despărţit brusc de ea şi a început să aibă întâlniri cu o altă fată, pe care Jennifer nu o plăcuse niciodată. Era devastată. Plângea după John şi vorbea mult despre încheierea carierei ei sportive, îndeosebi despre faptul că avea să-i fie dor de distracţia de la antrenament şi de jocul alături de prietenele ei. Se lamenta că la facultate nu va mai găsi prietene atât de bune. A început să-şi exprime îndoieli vagi cu privire la mersul la facultate. Lâncezea prin casă, nu era interesată să iasă cu prietenele care o sunau des. Îşi neglija lecţiile şi începuse să se certe frecvent cu mama.

Mama ei s-a îngrijorat şi mai mult când fata a început să spună lucruri de genul „Ce contează dacă-mi fac prieteni la facultate? O să-i pierd şi pe ei" şi că viaţa înseamnă practic „dezamăgire şi să fii singur". Femeia i-a spus fiicei că era de părere că e depresivă şi că trebuia să facă ceva. A sugerat să se forţeze să iasă cu prietenele, chiar şi dacă nu avea chef, întrucât izolarea şi lipsa de activitate îi adâncesc depresia. Totodată, a propus ca fata să se înscrie la clubul local pentru a merge la bazinul de înot şi la aparatele de fitness, deoarece se va simţi mai bine având o activitate fizică. Jennifer a fost de acord.

Mama a sugerat ideea ca împreună să meargă la un terapeut pentru a-şi rezolva disputele, însă mai ales pentru a discuta despre marea schimbare care urma să aibă loc în viaţa lor, şi anume plecarea lui Jennifer la facultate. Jennifer a fost de acord. Dispoziţia ei a început să se îmbunătăţească rapid pe măsură ce se întâlnea mai des cu prietenele şi era mai activă din punct de vedere fizic. Terapia s-a concentrat mai mult asupra grijilor lui Jennifer privitoare la ce se va întâmpla cu mama atunci când ea nu va mai fi acasă. A vorbit despre faptul că îşi aduce aminte că mama fusese tristă vreme îndelungată după moartea soţului. Femeia nu avusese nici cea mai mică idee că Jennifer era îngrijorată din cauza ei, mărturisind că ea îşi făcea griji despre cum se va descurca Jennifer cu băieţii şi se temea că avea să sufere din nou. Era îngrijorată că, în eventualitatea că i se va întâmpla aşa ceva lui Jennifer, nu va fi acolo să o ajute.

Şi Jennifer, şi mama ei se luptau cu o tranziţie majoră, deosebit de dificilă din cauză că se sprijiniseră reciproc şi fuseseră foarte apropiate după moartea tatălui fetei. Discutând în cadrul terapeutic, au înţeles că neliniştile izvorau din grija şi din dragostea reciprocă şi nu se refereau la viitor. Eliberată de povara de a trebui să-şi protejeze mama, Jennifer părea să aibă o atitudine tot mai pozitivă în legătură cu facultatea. În acelaşi timp, şi mama ei a sprijinit-o mai mult să meargă la facultate şi

a devenit mai încrezătoare că Jennifer putea face față posibilelor dezamăgiri în relațiile ei.

PERTURBAREA RELAȚIILOR (ATAȘAMENTULUI ȘI COMPORTAMENTULUI SEXUAL)

Caracteristica principală a pubertății este începutul capacității biologice de reproducere umană. Aceasta se manifestă prin interesul neobișnuit al adolescentului cu privire la aspecte și relații sexuale. Deși există capacitatea fizică de a avea relații sexuale intime cu o altă persoană, este nevoie de mulți ani pentru dezvoltarea unei combinații adecvate de abilități emoționale, sociale și fizice pentru o relație sexuală permanentă. Capacitatea fizică nou dezvoltată trebuie să aștepte adesea ca și noua combinație de abilități emoționale și sociale să se dezvolte, combinație ale cărei rădăcini se află în copilăria timpurie, când se dezvoltă pentru prima dată abilitatea de a stabili legături pozitive și emoționale cu alte persoane.

În mod normal, adolescenții sunt foarte implicați în relațiile cu ceilalți tineri și au un interes crescut față de sexualitate (a lor și a altora). Un adolescent fie prea interesat, fie dezinteresat de aspectele sexuale poate fi o problemă, mai ales când izolarea bruscă și absența interesului față de ceilalți indică uneori prezența unei dificultăți. De exemplu:

- Retragerea din relațiile cu alți adolescenți și petrecerea timpului de unul singur pot indica o tulburare de dispoziție, ca de pildă o depresie.
- Este posibil ca evitarea contactului cu alți adolescenți și preocuparea excesivă pentru imaginea corporală sau identitatea sexuală să fie asociate cu un nivel crescut de anxietate.
- O reducere a contactelor sociale poate fi, de asemenea, o manieră defensivă de a gestiona anxietatea care însoțește

trecerea la o independenţă crescută şi la eliberarea de sub supravegherea părinţilor.

Supraimplicarea în comportamentul social sau sexual are cauze variate.

- Un astfel de comportament poate fi tipic în cercul social al copilului, cerc în care au loc numeroase întâlniri şi petreceri. Copilul se poate simţi în largul lui sau poate fi excesiv de sociabil, într-o încercare de a fi acceptat.
- Copilul se străduieşte să blocheze stresul emoţional, care reprezintă un element firesc al adolescenţei.
- Copilul încearcă să blocheze suferinţa care poate fi deosebit de intensă, întrucât este o parte a unei stări depresive sau anxioase.
- Copilul poate avea un comportament sexual exagerat cauzat de un abuz sexual din trecut.

Sentimentele de atracţie sexuală pentru un adolescent de acelaşi sex pot să nu fie voluntare sau să nu indice o problemă psihologică. Totuşi, este posibil ca adolescentul să resimtă un stres sau o tensiune accentuată din cauza acestor sentimente. Din moment ce sentimentele de atracţie homosexuală pot să nu fie ceva obişnuit în familia dumneavoastră sau în cercul de prieteni al copilului, acesta se poate simţi foarte ruşinat şi izolat. Atracţia poate fi de scurtă durată şi să reprezinte doar o mică parte a vieţii emoţionale interioare a adolescentului. Sau poate că durează mai mult şi este o parte importantă a sentimentului de sine al adolescentului. Discutaţi cu alţi părinţi ai căror copii au trecut prin experienţe similare. De asemenea, este posibil ca terapia să vă fie de folos în înţelegerea reacţiilor adolescentului şi ale dumneavoastră ca părinte, la această situaţie neaşteptată (vezi Capitolul 2, **Homosexualitatea**).

Povestea de mai jos ilustrează modul în care o adolescentă şi mama ei au negociat o serie de frământări ale sexualităţii adolescentului.

Allison nu fusese niciodată interesată de băieţi până la un moment dat, după împlinirea vârstei de 15 ani, când a devenit mult mai atentă la înfăţişarea ei, care din diformă devenise voluptuoasă. Apelurile telefonice frecvente ale colegilor de sex masculin indicau că şi ei remarcaseră schimbarea lui Allison.

Noua ei popularitate a încurcat-o, din cauză că prietenele ei păreau mai degrabă geloase şi invidioase decât înţelegătoare faţă de confuzia ei cu privire la modul în care să facă faţă atenţiei de care se bucura din partea băieţilor. Se simţea singură. Nu ştia cum şi dacă vrea să discute cu mama ei despre cum să se „cupleze" cu un anumit băiat pe care-l plăcea şi care, la rândul lui, părea că o place.

La o petrecere unde s-a consumat alcool, Allison a băut. A trebuit să decidă cât de departe să meargă din punct de vedere sexual. Băiatul care o plăcea a făcut presiuni şi au avut contact sexual. A doua zi la şcoală, Allison l-a căutat pe băiat, cu care credea că acum are o relaţie specială; a fost devastată când băiatul a ignorat-o. Ba chiar s-a panicat când, câteva zile mai târziu, a aflat că băiatul se vedea cu altcineva. A început să se întrebe dacă ar putea fi însărcinată sau dacă a contactat o boală cu transmitere sexuală.

Allison a discutat cu o prietenă despre problemele ei, iar prietena i-a sugerat să contacteze cabinetul de planificare familială. Fata a urmat sfatul şi a făcut analize, în urma cărora a descoperit că nu era însărcinată şi că nici nu avea vreo boală cu transmitere sexuală, deşi trebuia să refacă analizele în următoarele trei–şase luni pentru a fi sigură că nu este infectată cu HIV. Consilierul de la cabinetul de planificare familială a discutat cu Allison despre contracepţie şi a încurajat-o să discute cu mama sa

despre întreaga problemă şi să revină la cabinet în următoarele zile pentru a vorbi pe îndelete.

Allison s-a gândit că „mama o să mă omoare" dacă află că are activitate sexuală, dar cu toate acestea a urmat sfatul consilierului. Spre surprinderea lui Allison, mama s-a dovedit mai înţelegătoare decât se aştepta fata. A mers împreună cu ea la cabinet pentru a discuta dacă are sens ca Allison să înceapă să ia contraceptive orale, din moment ce spusese că nu o să mai facă sex până se va căsători. Deşi mama nu era sigură că aşa va fi, ştia că fiica ei avea nevoie de mai mult sprijin. De asemenea, era conştientă că fata avea nevoie de cât mai multe informaţii şi de o cât mai bună îndrumare.

PERTURBAREA RELAŢIILOR (CUTUMEI SOCIALE)

Adolescenţii au tendinţa de a fi centraţi pe propria persoană, în special ca reacţie la numeroasele schimbări fizice şi sociale prin care trec. Totuşi, pot traversa şi perioade de conştiinţă morală accentuată şi au tendinţa de a fi foarte atenţi în legătură cu ceea ce este etic şi principial din punct de vedere social (îndeosebi la mijlocul şi spre sfârşitul adolescenţei). Două dintre numeroasele progrese ale remarcabilei dezvoltări intelectuale şi emoţionale ale adolescenţilor sunt idealismul şi acţiunile constructive pentru a face lumea mai bună.

Unii adolescenţi rămân în mare măsură preocupaţi de propriile lor plăceri şi frici, spre deosebire de alţi adolescenţi, mai maturi. O astfel de maturitate se poate manifesta sub forma unor perioade scurte de comportament care pare antisocial. Asta nu indică neapărat o tulburare gravă.

În mod contrastant, tipare continue de minţit, furt, trişat, consum de droguri sau comportament inadecvat faţă de alţii sau faţă de lucrurile acestora indică faptul că adolescentul are greutăţi în gestionarea experienţelor emoţionale obişnuite pentru această perioadă (ca de pildă tristeţea, frica, furia, ruşinea sau vinovăţia).

Eşecul de a dezvolta şi menţine o relaţie solidă pozitivă cu cel puţin un adult poate şi el să facă parte din peisaj. Copilul dumneavoastră poate să nu fie conştient de faptul că tiparele repetitive de mințit, furt etc. sunt generate de o tentativă de evitare a emoţiilor cum sunt furia, ruşinea, vinovăţia, frica sau tristeţea. El poate avea un comportament antisocial dacă nu găseşte o modalitate mai bună de a gestiona şi de a se confrunta cu aceste emoţii dificile ale adolescenţei. Printre semnele care indică faptul că un adolescent are nevoie de o intervenţie de specialitate se numără:

- consumul de alcool şi de droguri care intervine în activităţile sociale, în performanţa şcolară sau în relaţiile cu ceilalţi;
- consumul de substanţe care prezintă o componentă compulsivă/adictivă;
- comportamentul cu consecinţe legale (vezi Capitolul 2, **Consumul de droguri, Furtul, Încăierarea**)

Exemplul de mai jos ilustrează modul în care frământările emoţionale ale unui tânăr l-au condus către consumul de droguri, care, la rândul său, i-a sporit problemele.

Chiar înainte de a intra în belele, Roger simţea că este oaia neagră a familiei. Fratele său mai mare fusese sportiv şi elev fruntaş în liceu, iar Roger ştia că nu are nici talentul sportiv, nici ambiţia acestuia de a învăţa excelent. Părinţii i-au spus că doar era „la fel de deştept ca fratele lui". Însă notele lui nu erau la fel de mari, ceea ce-i făcea pe părinţi să fie în permanenţă dezamăgiţi.

La şcoală, Roger a fost atras către un grup de băieţi care nu erau din cartierul lui şi care păreau că-l acceptă. Când s-au oferit să împartă eu el ţigara lor de marijuana, a simţit că „este de-al lor". La scurt timp după eveniment, băiatul consuma marijuana în acest grup, în aproape fiecare weekend. Apoi a început să fumeze

şi acasă, pe veranda din spate, seara. Notele lui Roger, care nu fuseseră niciodată foarte mari, începuseră să scadă simţitor. Şi-a pierdut slujba de spălător de vase la un restaurant local, pentru că întârzia adesea sau pentru că nu-şi făcea bine treaba. Găsea tot felul de scuze la problemele lui, la fel cum inventa poveşti despre pipele şi alte accesorii pentru fumatul marijuanei pe care părinţii le găseau în jurul casei. În familie, băiatul a devenit din ce în ce mai negativist şi manifesta opoziţie faţă de orice.

Când fratele mai mare s-a întors de la facultate şi şi-a dat seama ce se întâmplă, s-a confruntat cu Roger. Cearta lor i-a implicat şi pe părinţi. Câteva zile mai târziu, aceştia au stabilit o întâlnire cu consilierul pe probleme de consum de droguri. Roger susţinea că faptul că fumează marijuana nu este o problemă pentru el. Consilierul i-a recomandat lui Roger un program în 12 paşi, însă avea îndoieli că va funcţiona, întrucât băiatul nega că ar avea o problemă şi se opunea tratamentului. De asemenea, consilierul a sugerat terapie de familie şi le-a recomandat solicitarea unei evaluări care să stabilească dacă Roger are o depresie subiacentă, care necesită tratament.

Părinţii lui Roger au urmat aceste recomandări şi, de asemenea, s-au gândit la o schimbare totală pentru fiul lor. Au început să se intereseze de şcoli alternative pe care le-ar putea urma, ba s-au gândit chiar la una cu internat, specializată în sprijinirea băieţilor cu probleme ca ale lui Roger.

PERTURBAREA PROCESĂRII INFORMAŢIILOR (ÎNVĂŢĂRII)

În timpul adolescenţei, acumularea de informaţii despre lume (atât formal, la şcoală, cât şi informal, în alte cadre) continuă cu o complexitate din ce în ce mai mare. Exemplele includ învăţarea şofatului, a negocierii cu privire la bani, precum şi selectarea informaţiilor şi alegerea a ceea ce este important pentru sine.

Educația din liceu, care îndrumă către facultate sau către o școală tehnică/comercială, devine o stație importantă pe calea către munca adultă, care în lumea modernă necesită pregătire formală și informală continuă.

Dacă adolescentul are dificultăți în ceea ce privește învățarea și prelucrarea informațiilor în mod adecvat vârstei și obiectivelor sale profesionale, capacitatea lui de a reuși în lumea adultă va fi afectată. Interferențele care apar în învățare trebuie abordate câtă vreme copilul încă este la școală, deoarece interferențele în învățare, care nu sunt rezolvate, contribuie în mare măsură la abandonul școlar. Iar, odată ce nu mai e la școală, fiul sau fiica dumneavoastră va avea mai puține servicii disponibile, la care să poată apela pentru ajutor.

Astfel de interferențe includ o tulburare de învățare specifică, probleme de atenție incapacitante sau tulburări de comportament, cognitive sau emoționale identificabile. Pentru mai multe informații, consultați subcapitolul „Perturbarea procesării informațiilor" din secțiunea despre copiii de vârstă școlară din acest capitol.

PERTURBAREA PROCESĂRII INFORMAȚIILOR (GÂNDIRII)

Adolescența este o perioadă în care are loc o dezvoltare intelectuală accentuată. Adolescenții au acum o mai bună gândire abstractă, care depășește experiența senzorială imediată din timpul copilăriei târzii. Ei își pun întrebări despre viitor și lucrează cu idei în plan imaginativ. Pot gândi și alte variante ale unei situații, nu doar ceea ce se întâmplă imediat și pot privi circumstanțele în mod altruist, prin ochii altcuiva. Capacitatea umană de a da un sens simbolic experienței ajunge la apogeu în timpul adolescenței.

Specialiștii în sănătate mentală au identificat o categorie de gândire perturbată, numită „tulburare a gândirii" sau „tulburare cognitivă". Aceasta contrastează cu tulburarea de dispoziție sau

tulburarea emoţională. O tulburare a gândirii, rară la copiii mici, este ceva mai frecventă la adolescenţi. Dacă adolescentul dumneavoastră prezintă o astfel de tulburare a gândirii, totul este la extrem. Adolescentul poate să spună sau să facă lucruri care pentru majoritatea oamenilor nu au niciun sens.

- Ceea ce spune pare năucitor. Comportamentul este straniu, neaşteptat sau chiar periculos.
- Poate spune lucruri care par extrem de concrete, simpliste sau foarte abstracte şi dificil de urmărit.
- Vorbirea şi comportamentul pot fi foarte rapide sau încete.
- Adolescentul vorbeşte şi se poartă inadecvat, poate într-o manieră extrem de circumspectă sau prudentă, ori este posibil să nu dea dovadă de precauţie sau de judecată morală.
- Poate vedea sau auzi lucruri pe care alţii nu le aud.
- Aceste tipare de vorbire şi comportament reprezintă adesea o schimbare semnificativă, în comparaţie cu tiparele anterioare.

Problema nu este cauzată de inteligenţa scăzută sau de imaturitate. Medicamentele sau afecţiunile medicale pot fi uneori cauza acestor schimbări. În astfel de cazuri, apelaţi imediat la o evaluare de specialitate.

Exemplul de mai jos ilustrează cum unii adolescenţi pot fi copleşiţi de sarcinile multiple pe care trebuie să le îndeplinească. În aceste cazuri, este nevoie de ajutor de specialitate.

> De prima dată când a mers la şcoală, părinţii lui Teddy ştiau că fiul lor e diferit de ceilalţi băieţi. Profesorii afirmau că-i plăcea să se joace de unul singur, spunând că el construieşte castele înalte pentru ca ceilalţi să nu intre. Adesea, inventa nişte poveşti în legătură cu locuinţa şi familia sa, despre care profesorii ştiau

că nu sunt adevărate. De pildă, vorbea adesea despre un frate, deşi cadrele didactice ştiau că e singur la părinţi.

Acasă era ceva mai implicat, însă niciodată nu dădea dovadă de cine ştie ce bucurie sau entuziasm. Avea numeroase preocupări, deşi unele erau neobişnuite, ca de exemplu colecţionarea de păianjeni morţi. În anii de şcoală primară, învăţătoarea a remarcat că fusese mereu singuratic. Starea lui emoţională era greu de citit: în majoritatea timpului avea o înfăţişare lipsită de expresie şi reacţii ciudate la unele discuţii din clasă. Părinţii au încercat să-l implice în activităţi extraşcolare, însă el nu a dat dovadă de nici cel mai mic interes şi, invariabil, a fost atât de agitat, încât au renunţat să-l mai încurajeze în această direcţie. Nu a fost niciodată invitat acasă la alţi copii.

Odată cu intrarea în pubertate, Teddy a devenit iritabil şi abia dacă mai ieşea din camera lui. Ba chiar a şi încercat, fără succes, însă, să-şi convingă părinţii să-l lase să mănânce acolo. În primul an de liceu, a dezvoltat o pasiune pentru o fată, deşi nu vorbise niciodată cu ea. În ciuda interesului său, a continuat să se îmbrace destul de neglijent, iar igiena sa personală era precară. Tatăl lui trebuia să-i reamintească deseori să facă duş.

A devenit obsedat de acea fată şi vorbea despre ea în faţa părinţilor de parcă ar fi avut o relaţie cu ea. O suna frecvent şi închidea imediat ce ea răspundea. Părinţii lui au aflat despre asta întrucât familia fetei avea un telefon care afişa numărul apelantului şi au sunat pentru a se plânge în legătură cu acest fapt.

Când părinţii i-au spus că ştiu ce se întâmplă şi că întreaga relaţie este doar în mintea lui şi nu este reală, Teddy s-a înfuriat şi a devenit ameninţător. I-a acuzat că nu vor ca el să fie fericit. Mai târziu în acea seară, părinţii au auzit o bufnitură şi s-au dus în grabă în camera băiatului. L-au găsit pe podea, cu o frânghie în jurul gâtului. Încercase să se spânzure de stâlpul de la dulap. Din fericire, stâlpul cedase. Deşi părea bine din punct de vedere fizic, era agitat şi vorbea fără noimă.

Părinții l-au dus la camera de gardă de unde a fost trimis la secția de psihiatrie. S-a dovedit că, de câteva săptămâni, Teddy auzea voci. Doctorii i-au dat tratament și au recomandat ca, după externare, să înceapă un program de tratament în cadrul unei clinici. În acest program, Teddy urma să beneficieze de psihoterapie, de experiențe sociale pozitive și de prilejul de a-și dezvolta abilitățile de relaționare cu ceilalți tineri.

Intrarea în adolescență, cu toate acele sarcini și schimbări psihice, fizice și sociale, a fost prea mult pentru starea emoțională fragilă a băiatului. Avea nevoie de mai mult timp și de sprijin suplimentar pentru a-l ajuta în trecerea complexă prin adolescență. Urma să beneficieze de toate acestea participând la programul terapeutic și continuând să-și ia medicamentele.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

În acest capitol v-am încurajat să abordați perspectiva dezvoltării. Am analizat anumite sarcini normale pentru copil sau pentru adolescent, apoi am discutat modul în care simptomele au legătură cu o anumită sarcină. Perspectiva dezvoltării este utilă în cel puțin trei moduri:

- Observând simptomul normal și pe cel mai deosebit, puteți distinge mai ușor ce anume este firesc și ce anume problematic.
- Puteți înțelege de ce anume este nevoie pentru a depăși dezechilibrul/simptomul respectiv.
- Luați în considerare imaginea copilului ca întreg: acea parte a copilului care are dificultăți și partea care stăpânește numeroasele sarcini necesare pentru a crește.

Capitolul următor oferă zece pași specifici pe care îi puteți face și care vă vor ajuta copilul sau adolescentul să revină pe calea cea bună, indiferent de dificultatea pe care o are.

Capitolul 4
Zece pași pentru a vă ajuta copilul să revină pe calea cea bună

A fi părinte este o slujbă în care înveți la locul de muncă. Acest lucru este adevărat în special când calea obișnuită de a vă ajuta copilul într-o problemă pare să nu fie suficientă. În acele momente, este firesc să deveniți mai nesigur și să aveți mai multe rezerve. Puteți să vă îndoiți de felul în care v-ați ghidat sau în care ați interacționat cu copilul și să vă întrebați dacă puteți găsi o cale mai bună pentru a-l ajuta. Unii dintre pașii oferiți în acest capitol sunt, probabil, lucruri pe care deja le faceți; descoperindu-le menționate aici, vă veți simți încurajat să continuați să le faceți. Alți pași sau perspectiva asupra celor mai familiari vă pot ajuta să adăugați acțiuni utile la ceea ce deja faceți. Acești pași pot fi benefici indiferent de tipul de problemă pe care o are copilul dumneavoastră și indiferent de implicarea unui specialist. Intervențiile vă vor ajuta, pe dumneavoastră și pe copil, să fiți mai disponibili din punct de vedere psihologic și mai bine echipat pentru a-l aduce înapoi pe calea cea bună.

STRUCTURA CAPITOLULUI 4

Capitolul este împărțit în zece secțiuni, fiecare analizând unul dintre următorii pași:

1. Amintiți-i copilului că sunteți de aceeași parte a baricadei
2. Stabiliți limite și expectații rezonabile
3. Asigurați-vă că fiul sau fiica dumneavoastră are rutine regulate
4. Încurajați-vă copilul
5. Ajutați-l pe copil să-și înfrunte frica
6. Nu încercați să preziceți viitorul copilului
7. Învățați să observați și să apreciați micile îmbunătățiri și schimbările pozitive
8. Nu lăsați emoțiile intense să vă domine interacțiunile cu copilul
9. Nu uitați că nu sunteți una și aceeași persoană cu copilul
10. Aveți grijă de propriile nevoi fizice și emoționale

Fiecare secțiune descrie raționamentul din spatele pasului respectiv, cuprinde sugestii practice despre implementarea acestuia și, uneori, unele obstacole cu care vă puteți confrunta atunci când încercați să-l puneți în practică. La finele fiecărei secțiuni există descrisă o situație care ilustrează ideile prezentate.

BCU IAȘI/CEL AUTORSTVLIBRARY

PAȘII

1. AMINTIȚI-I COPILULUI CĂ SUNTEȚI DE ACEEAȘI PARTE A BARICADEI

În ciuda divergențelor pe care le aveți cu copilul în prezent, dorința comună este ca el să devină un adult cu încredere în sine și capabil.

Mulți copii care au comportament dificil sau stări emoționale perturbate se simt foarte singuri. Copilul poate simți că nu este înțeles sau nu-și dă seama cum să facă mai bine lucrurile, stare accentuată și mai mult atunci când vede că sunteți furios sau dezamăgit.

Totodată, copilul se poate simți înstrăinat și singur dacă se consideră vinovat. Copiii, și adesea și adolescenții, au tendința să vadă lumea în alb și negru. De multe ori, copiii interpretează problemele care îi implică pe ei ca fiind în totalitate din „vina lor". Copilul poate încerca să se convingă pe sine și pe ceilalți că problema „nu este vina mea", în timp ce, în adâncul lui, simte că el este în totalitate de vină.

În cazul în care copilul simte că este în întregime „vina lui", poate să creadă și că părintele este extrem de dezamăgit și furios și, de asemenea, că sentimentele părintelui ar putea să nu se schimbe niciodată. De obicei, vinovăția și sentimentul de înstrăinare pentru că a pricinuit o suferință emoțională părintelui sporesc anxietatea, frica și rușinea copilului.

Când sunt puternice, aceste sentimente împiedică rezolvările favorabile ale problemelor emoționale și comportamentale, ba chiar accentuează dificultățile. Prin urmare, vă încurajez să reamintiți copilului și dumneavoastră înșivă că sunteți de aceeași parte a baricadei. Chiar dacă vă simțiți dezamăgit, speriat sau furios în legătură cu situația existentă, amintiți-i copilului că, în

ciuda acestor sentimente, vreți să colaborați pentru a îmbunătăți situația.

Elizabeth, o fată în vârstă de 14 ani, se certa adesea cu părinții în legătură cu multe dintre preocupările ei: conversațiile telefonice cu prietenii, trimiterea de mesaje pe internet în loc să-și facă temele și dorința de a merge la petreceri acasă la persoane pe care părinții nu le cunoșteau. În ultimul an, Elizabeth se opunea din ce în ce mai mult și devenise disprețuitoare.

1. De aceeași parte
2. Limite și așteptări
3. Rutine regulate
4. Încurajări
5. Înfruntarea fricii
6. Prezicerea viitorului
7. Aprecierea micilor îmbunătățiri
8. Diminuarea intensității emoțiilor
9. Vieți diferite
10. Aveți grijă de dumneavoastră

Deși fata dădea dovadă de rezistență atunci când părinții îi impuneau respectarea limitelor, părea că reacționează mai bine când aceștia discutau cu ea despre cum încercau să se adapteze la faptul că ea a crescut și că își dorește mai multă libertate. Ca reacție la deschiderea părinților cu privire la propriile lor frământări interioare legate de faptul că ea crește, Elizabeth a recunoscut mai sincer că fusese chinuită pe de-o parte de dorința ei de a face lucruri „distractive" și, pe de altă parte, de sentimentul de vinovăție cu privire la chinul cauzat părinților de comportamentul ei.

Faptul că sunteți de aceeași parte a baricadei vă ajută pe dumneavoastră și pe copil să găsiți soluții respectuoase la diferende și să vă consolidați relația.

2. STABILIȚI LIMITE ȘI AȘTEPTĂRI REZONABILE

Chiar și cei care n-au fost niciodată părinți vor oferi clișeul „copilul are nevoie de limite". De asemenea, mulți știu și că cei mici trebuie să se conformeze unor expectații rezonabile din partea părinților, ca de pildă să învețe bine la școală, să se comporte cuviincios cu ceilalți, să facă mici treburi administrative în casă etc.

Totuși, nu este la fel de bine știut că, de obicei, copiii nu le mulțumesc adulților pentru stabilirea limitelor și a unor excepții rezonabile. Copiii care trăiesc în dezordine se vor împotrivi cu putere limitelor neplăcute și vor respinge cu putere așteptările rezonabile. Ei se descurcă mai bine când există o structură predictibilă de îngrijire. Copilul se familiarizează cu experiența de a se simți în siguranță atunci când știe clar unde va merge după școală, când va fi luat acasă și de către cine. Același lucru este valabil pentru limite și așteptări mai puțin confortabile, cum ar fi distanța maximă la care se poate îndepărta de casă, cu cine poate petrece timpul liber, cât de târziu poate sta afară și la ce oră trebuie să se culce.

În ciuda protestelor copilului, stabilirea de granițe pentru siguranța și protecția lui îl ajută să simtă că cineva ține la el și că merită grija, iar instaurarea unor așteptări rezonabile îi motivează un sentiment de corectitudine și de încredere. În cele din urmă, toate aceste experiențe îl ajută să facă față mai bine necunoscutelor vieții.

Așadar, de ce este atât de greu să menținem aceste limite și așteptări, în special când rezistența copilului față de ele este puternică? Motivele se întind de la cele culturale la cele emoționale. Societatea noastră transmite mesajul că „poți avea totul" și că „cerul este limita", dar nu vorbește și despre tristețea și dezamăgirea care însoțesc experiența unei limite sau a unei expectații rezonabile. În plus, nu acordă multă atenție dificultății de a

gestiona furia, ruşinea sau tristeţea pe care le simţim atunci când nu obţinem ceva ce ne dorim. De fapt, mesajul simplist este adesea acela că, dacă nu dobândeşti ceea ce doreşti sau dacă nu te înalţi la nivelul aşteptărilor celorlalţi, înseamnă că eşti un „fraier".

Încă de când era foarte mic, a trebuit să vă opuneţi copilului şi să-i limitaţi „poftele". Fiecare părinte trebuie să dezvolte o tehnică de a face faţă rafturilor de lângă casele de marcat ale magazinelor, care sunt făcute în aşa fel încât să constituie o ispită pentru copil. Pe măsură ce acesta creşte, doreşte lucruri din ce în ce mai scumpe şi este ţinta unei publicităţi agresive. Treaba dumneavoastră de a stabili limite poate deveni din ce în ce mai complicată şi mai consumatoare de timp. Cât de târziu poate sta afară, unde, când şi cum poate să meargă cu maşina şi cum ar trebui să reacţionaţi dacă descoperiţi că fumează marijuana?

De fapt, se pare că tot ce trebuie să faceţi ca părinte este să stabiliţi limite copilului sau adolescentului în urmărirea persistentă, convingătoare şi uneori intimidantă a propriilor dorinţe. Copilul poate protesta faţă de expectaţiile pe care le aveţi pentru el şi pe care dumneavoastră le consideraţi cât se poate de rezonabile: să-şi facă treburile în casă, să înveţe cu simţ de răspundere sau să se poarte frumos cu un frate mai mic, lucruri ce pot cauza furie şi opoziţie intense.

Pentru unii copii, confruntarea cu emoţiile stârnite de existenţa limitelor şi a expectaţiilor (furie, ruşine, vinovăţie, tristeţe) poate fi copleşitoare. Când sunt gestionate deficitar, acestea contribuie la o serie de probleme emoţionale şi comportamentale.

Vă puteţi trezi că încercaţi să o luaţi pe scurtătură într-o încercare de vă feri copilul de confruntarea cu sentimente dureroase: renunţaţi să mai aveţi expectaţii, încetaţi să-i mai cereţi să facă munci casnice, să înveţe bine etc. Cererile insistente ale copilului, explicaţiile convingătoare, protestele furioase sau retragerile în tristeţe vă pot învinge. Vă temeţi de reacţia copilului şi aveţi senzaţia că „mergeţi pe ouă".

Contrar tendințelor dumneavoastră înțelepte, puteți începe să cedați în fața dorințelor sale. Ora fermă de culcare, ora de întoarcere acasă devin tot mai târzii. Dumneavoastră puneți mai puține întrebări care să vă ajute să decideți dacă trebuie să impuneți restricții în legătură cu persoanele cu care petrece timpul copilul dumneavoastră, cu locurile pe care le frecventează sau cu activitățile lui. Stabilirea de limite poate deveni din ce în ce mai confuză, iar dumneavoastră aveți senzația că aveți din ce în ce mai puțin control și influență. În astfel de momente, vreți doar să renunțați cu totul la limite.

Recunoașteți-i dorința, dar nu o satisfaceți! Nu uitați, sarcina unui părinte este să stabilească limite, iar treaba copilului este să protesteze în legătură cu ele, uneori să le încalce și, pe cât posibil, să suporte consecințele faptelor lui. Această luptă, dusă cu cât de mult respect, răbdare și înțelegere cu putință, reprezintă un teren de învățare important pentru copil. Schimburile sunt pentru el prilejuri importante de a învăța să facă față emoțiilor dificile cum sunt tristețea și dezamăgirea, furia și frica, rușinea și vinovăția.

David avea aproape 15 ani. Întotdeauna respectase regulile părinților și părea că știe intuitiv cum vor ei ca el să se comporte. Cu toate acestea, în urmă cu șase luni a început să se schimbe. Și-a lăsat părul să crească mai lung decât considerau părinții că este acceptabil. Le-a cerut cu insistență să-l lase să-și pună cercel în ureche și, de multe ori, voia să stea în oraș mult mai târziu decât considerau ei că e potrivit.

1. De aceeași parte
2. **Limite și așteptări**
3. Rutine regulate
4. Încurajări
5. Înfruntarea fricii
6. Prezicerea viitorului
7. Aprecierea micilor îmbunătățiri
8. Diminuarea intensității emoțiilor
9. Vieți diferite
10. Aveți grijă de dumneavoastră

Părinții aveau impresia că un extraterestru preluase controlul fiului. Când au impus limite, au fost uluiți de izbucnirile sale furioase. S-a plâns amărât bunicilor că părinții nu-l lasă să facă nimic distractiv. Când bunicii l-au descusut, David a mărturisit că vorbea despre faptul că nu îi dau voie să se ducă la un concert de muzică rock care avea loc la 75 km distanță de casă și în timpul săptămânii.

Bunicii i-au sfătuit pe părinții lui David să „reziste". Știau și ei, întrucât crescuseră trei băieți, că negocierea și tolerarea limitelor aveau să se îmbunătățească pe măsură ce David creștea. Știau, de asemenea, că, pe măsură ce părinții băiatului aveau să dobândească experiență, urmau să se descurce mai bine în ceea ce privește stabilirea de limite și impunerea consecințelor atunci când David încălca limitele.

Continuând să păstrați o structură cu limite realiste și așteptări rezonabile, vă ajutați copilul să revină pe calea cea bună.

3. ASIGURAȚI-VĂ CĂ FIUL SAU FIICA DUMNEAVOASTRĂ ARE RUTINE REGULATE

Aproape toți părinții sunt de acord cu ideea că un copil trebuie să aibă rutine regulate pentru somn, alimentație și exerciții fizice. O rutină regulată a somnului înseamnă că fiul sau fiica dumneavoastră are suficientă energie în timpul zilei pentru a face față provocărilor școlare, emoționale și fizice care apar. Un program regulat de alimentație înseamnă că cel mic are parte de suficientă ocrotire, de o experiență importantă de a fi îngrijit în mod predictibil și de un prilej de a se bucura de hrană și de conversație cu cele mai importante persoane din viața sa, zi de zi. Un program regulat de exerciții fizice înseamnă că tânărul dumneavoastră este activ în fiecare zi, iar corpul lui va rezista mai bine la

răniri şi la boli, conferindu-i în acelaşi timp o senzaţie de vitalitate.

Cu toate acestea, mulţi părinţi ai căror copii au dificultăţi comportamentale şi emoţionale se chinuiesc din greu să stabilească şi să menţină tipare regulate. Orele de culcare sunt prea târzii, timpul alocat somnului este prea redus, orele de masă sunt haotice, iar programul de exerciţii fizice este aleatoriu înspre inexistent.

La această problemă contribuie numeroşi factori:

- Părinţii au şi ei un program haotic. Rutinele sunt ignorate chiar şi în cazul propriilor persoane.
- Cultura noastră ne distrage de la stabilirea rutinelor: televizorul, computerele, publicitatea şi restaurantele fast-food.
- Sistemele educaţionale, asupra cărora se fac presiuni pentru a „preda mai multă materie", renunţă la orele de sport, singurele momente de exerciţiu fizic pentru unii copii.
- Uneori, frica, furia şi depresia tulbură ceasul interior al copilului, ducând la tipare ale somnului haotice, apetit tulburat şi nivel scăzut al energiei.

Ce puteţi face pentru a vă ajuta copilul să revină la normal?

În primul rând, stabiliţi propriul program pentru somn, alimentaţie şi exerciţii fizice. Comportamentul dumneavoastră este un model puternic pentru copil. Practicaţi autodisciplina spunându-vă „nu", închizând televizorul şi computerul şi stabilind ore fixe pentru somn şi pentru masă. Nu vă uitaţi la televizor şi nu staţi la computer înainte de culcare. Acest lucru îi poate arăta copilului că veţi face tot ce trebuie pentru a-l ajuta să stabilească o rutină a mersului la culcare. Vă veţi simţi mai bine în timpul zilei atunci când dormiţi bine noaptea şi dacă aţi făcut puţin sport. Veţi face cunoştinţă cu sentimentele plăcute care se nasc

din aşteptarea cu nerăbdare a orei de masă şi din bucuria de a mânca alături de restul familiei. Totodată, veţi afla cât de greu este să *nu faci* ceva ispititor şi cât de dificil este *să faci* ceva neatractiv. Acest lucru vă va ajuta să înţelegeţi cât de greu este pentru copil să audă limitele pe care i le impuneţi.

În al doilea rând, împreună cu copilul şi cu ceilalţi membri ai familiei, elaboraţi un plan scris care să stabilească nişte rutine. Trebuie să acceptaţi faptul că schimbarea unui program haotic nu este o treabă uşoară, însă pe termen lung scopurile merită osteneala. Luaţi în considerare stabilirea unor premii individuale şi familiale pentru îndeplinirea acelor obiective dificile. De pildă, unele mese ar putea include un preparat special. Sau îl puteţi lăsa pe copil să aleagă felurile de mâncare pentru una dintre mesele din săptămână, ori mergeţi la cumpărături şi pregătiţi mâncarea împreună. Puteţi să-l ajutaţi pe copil să facă sport înscriindu-l într-o echipă de fotbal sau încurajându-l să se joace cu copiii vecinilor. Participarea, sprijinul şi încurajările dumneavoastră îl ajută pe copil să-şi creeze nişte tipare pentru activitatea fizică. „Dar durează mult!" veţi spune dumneavoastră. Da, aşa este, şi înseamnă şi că alte lucruri nu se vor mai întâmpla. Însă astfel faceţi dovada faptului că acordaţi valoare acestui aspect al vieţii împreună şi că vă veţi sacrifica pentru el.

În al treilea rând, exersaţi. Programele de alimentaţie, somn şi sport nu se vor instaura dacă nu le repetaţi. Va trebui să consolidaţi şi să restabiliţi rutina atunci când apare un bruiaj, ceea ce este un fapt inevitabil.

Sam, un băiat în vârstă de nouă ani, avea probleme de atenţie şi nu reuşea să-şi planifice şi să-şi organizeze timpul. Pofta lui de mâncare era haotică, în special din cauză că urma un tratament cu medicamente stimulante pentru problemele de atenţie. Adesea, refuza să cineze şi mânca mai târziu, noaptea. Încet-încet, se instaurase tiparul ca toată lumea să stea la masă, în timp ce Sam se uita la televizor. Nu reuşea să se aşeze ca să-şi facă temele şi,

1. De aceeaşi parte
2. Limite şi aşteptări
3. **Rutine regulate**
4. Încurajări
5. Înfruntarea fricii
6. Prezicerea viitorului
7. Aprecierea micilor îmbunătăţiri
8. Diminuarea intensităţii emoţiilor
9. Vieţi diferite
10. Aveţi grijă de dumneavoastră

adesea, înainte de a le termina, se uita la televizor împreună cu părinţii. Nu-i plăcea deloc să se culce la o oră rezonabilă, preferând, în schimb, să se uite la televizor până când adormea, adesea nu mai devreme de ora 23:30. Prefera să se uite la televizor în loc să facă exerciţii fizice.

Părinţii lui Sam s-au consultat cu pediatrul, care a sugerat ca Sam să stea cu familia la masă chiar dacă nu mânca foarte mult. Medicul a recomandat ca părinţii să-l invite pe băiat să aleagă ce alimente să consume şi poate într-una din seri el chiar să ajute la prepararea lor. Aceştia i-au spus că cinatul împreună este un ritual important pentru familie. Pediatrul a sugerat şi ca, după orele de şcoală, Sam să fie implicat într-o activitate fizică, sub forma uneia dintre îndatoririle lui „casnice", pentru care să primească o sumă în plus la banii de buzunar. A sugerat totodată ca, în fiecare seară, timp de o oră, să-şi facă temele sau să citească în linişte dacă nu are teme, timp în care televizorul să fie închis. În cele din urmă, a recomandat scoaterea televizorului din camera lui Sam dacă acesta nu-l putea opri la ora stabilită pentru culcare. Pediatrul l-a încurajat pe băiat să folosească un CD de relaxare de 15–20 de minute, care să-l ajute să se liniştească înainte de a se culca.

Deşi Sam a protestat în legătură cu multe dintre schimbări, părinţii lui au descoperit că, datorită exerciţiilor regulate, îi crescuse apetitul şi adormea seara la o oră rezonabilă. După un timp, Sam părea că aşteaptă cu nerăbdare să ia masa în familie. Îi plăceau în special serile în care trebuia să pregătească masa

şi primea laude de la restul familiei. Mersul la culcare la o oră rezonabilă l-a ajutat şi să aibă mai multă energie dimineaţa şi la şcoală.

Deşi calea pentru stabilirea rutinelor de alimentaţie, somn şi exerciţii fizice poate fi dificilă, veţi vedea că efectul pe care îl are în ajutarea copilului să revină pe calea cea bună merită tot efortul.

4. ÎNCURAJAŢI-VĂ COPILUL

Pentru a fi un părinte bun, ca şi pentru a fi un antrenor bun, este mai bine să faceţi comentarii pozitive, încurajatoare decât unele critice, negative. Nu uitaţi, stima de sine a copilului dumneavoastră nu este întru totul dezvoltată şi nici independentă. Pentru a creşte, are nevoie să fie cultivată şi sprijinită.

Când copilul se chinuieşte să găsească modalităţi eficiente de gestionare a corpului, a emoţiilor, de a face faţă relaţiilor şi de a prelua informaţii despre lume, realitatea îi dă copilului mult feedback negativ. El are nevoie de încurajări atunci când se confruntă cu dificultăţile vieţii şi de laude când le depăşeşte cu succes.

Observaţiile mele despre încurajări şi laudă sunt valabile pentru toţi copiii (şi pentru *orice* relaţie apropiată). Încurajările şi laudele sunt deosebit de importante pentru copiii care au de înfruntat un haos emoţional şi comportamental; adesea, ei se îndoiesc de propria lor persoană şi sunt sensibili la opiniile negative ale familiei şi prietenilor.

Pe măsură ce copilul creşte, viaţa lui psihică capătă, din ce în ce mai accentuat, „o existenţă proprie". El dezvoltă modalităţi automate de a răspunde la situaţiile dificile şi dureroase. Unele dintre aceste răspunsuri s-ar putea să nu fie spre binele lui general. Totuşi, este posibil să fie cele mai bune căi pe care le ştie pentru a face faţă unei situaţii stresante. Încurajaţi-l să găsească

modalități mai eficiente de a se descurca. Spuneți-i ce anume face bine; procedând astfel, există şanse mai mari de a influența în mod pozitiv modalitățile lui automate de reacție, decât critica şi subestimarea.

Nu v-ați răni niciodată cu bună ştiință copilul în plan emoțional, însă şi dumneavoastră aveți modalități automate de a reacționa la situații dureroase. A fi părintele unui copil cu comportament perturbat sau incomod *este* dureros. Nu folosiți umorul în exces ca modalitate de gestionare. Un simț al umorului moderat poate fi un instrument util în ajutarea oamenilor să treacă peste situații dificile, în special adolescenții. Însă ceea ce dumneavoastră considerați „doar o glumă" sau „doar un pic de sarcasm ori o comparație negativă" îl poate răni profund pe copil. Copiii cu tulburări emoționale şi comportamentale se ruşinează adesea foarte uşor, deoarece se îndoiesc de propria persoană şi sunt prea sensibili la părerile negative ale familiei şi ale prietenilor. Nu vă subestimați copilul prin umor, sarcasm sau prin comparații jignitoare. Când discutați un anumit subiect pe care cel mic îl ia în serios, puteți vedea partea amuzantă şi puteți să faceți astfel subiectul mai puțin serios. În cazul în care copilul pare că devine agitat sau furios, este posibil să se simtă subestimat prin umorul sau tachinarea dumneavoastră, chiar dacă vreți să fiți de ajutor. Dacă suspectați că se întâmplă acest lucru, întrebați-l cum se simte față de glumele dumneavoastră în momentul respectiv. În situația în care se simte subestimat, nu încercați să-l convingeți să vadă partea amuzantă a problemei, în schimb recunoaşteți că ați greşit şi păstrați umorul pentru mai târziu.

În ultimul an de liceu, în ianuarie, Jane, o fată de 18 ani, a început să se lupte cu depresia şi cu comportamentul automutilant. Totodată, a devenit o consumatoare de alcool în exces în timpul weekendurilor. Orice incident care i se părea tulburător din punct de vedere emoțional putea s-o facă să se taie când ajungea acasă.

1. De aceeaşi parte
2. Limite şi aşteptări
3. Rutine regulate
4. **Încurajări**
5. Înfruntarea fricii
6. Prezicerea viitorului
7. Aprecierea micilor îmbunătăţiri
8. Diminuarea intensităţii emoţiilor
9. Vieţi diferite
10. Aveţi grijă de dumneavoastră

Mama ei a fost supărată şi furioasă când a aflat prima dată de comportamentul fetei. Totuşi, a sprijinit-o, propunând să înceapă o terapie şi să se înscrie în organizaţia Alcoolicii Anonimi. A încurajat-o pe Jane să urmeze un tratament şi o conducea la terapie de bunăvoie. La rândul ei, mama mergea la Alanon, grupul de sprijin pentru membrii familiei persoanelor alcoolice. Jane a afirmat că sprijinul mamei şi încurajările ei au ajutat-o să-şi schimbe comportamentul şi să-şi rezolve dificultăţile emoţionale.

Totuşi, a existat o greşeală în timp ce Jane se lupta pentru a găsi căi mai potrivite de a gestiona stresul emoţional decât tăiatul. Fata i-a spus mamei că nu se mai tăiase de două săptămâni şi voia să ştie dacă e mulţumită, însă femeia i-a răspuns sarcastic: „De ce aş fi fericită pentru ceva ce oricum n-ar trebui să faci?" Jane a fost furioasă şi dezamăgită de răspunsul mamei, însă în acel moment nu a spus nimic. În următoarele luni, a reînceput în secret să se taie.

Încurajările vă îndrumă copilul către ceva pozitiv, ceva ce el poate folosi pentru a se adapta sau pentru a se simţi mai bine. Sarcasmul nu-l ajută să-şi dea seama care este direcţia pozitivă în care trebuie să meargă, ci doar îi arată ce nu face bine şi, adesea, îi provoacă ruşine.

5. AJUTAȚI-L PE COPIL SĂ-ȘI ÎNFRUNTE FRICA

Deşi am dori să nu fie aşa, viețile copiilor noştri sunt încărcate cu tot felul de emoții tulburătoare. Majoritatea problemelor psihologice şi comportamentale includ dificultatea de a face față emoțiilor dureroase. Copiii trebuie să învețe să tolereze stări dureroase şi să nu fie copleşiți de acestea. Înfruntarea emoțiilor înseamnă acceptarea prezenței lor, înțelegerea factorului declanşator şi lipsa obligației de a reacționa imediat la ele. Înfruntarea este un pas important în învățarea tolerării şi gestionării oricărei stări emoționale dureroase. Din moment ce frica reprezintă adesea un aspect al stărilor noastre emoționale perturbatoare, am accentuat lupta cu frica drept una dintre cele zece intervenții de bază. Însă puteți opta pentru rezolvarea oricăreia dintre emoțiile dureroase: ruşine, vinovăție, tristețe sau furie.

Frica este uneori numită anxietate. Angoasa de separare implică teama de a fi singur sau de a fi abandonat. Anxietatea socială este frica de a fi umilit sau ruşinat. Atacurile de panică includ frica de a muri sau de a pierde controlul. Tulburarea de stres posttraumatic implică frica de a fi traumatizat din nou. Fobiile sunt teama de un anumit lucru, loc sau situație. Comportamentul compulsiv presupune frica de urmările care apar dacă nu este executată o anumită acțiune.

Ajutați-vă copilul să planifice felul în care să-şi înfrunte frica:

- **Dezvăluire:** Primul pas în învingerea unei frici implică adesea contactul cu situația temută, într-un mod care pare suficient de sigur pentru persoana căreia îi este frică. Găsirea unei căi prin care copilul să se simtă suficient de „în siguranță" poate dura ceva timp. Uneori, prezența unui prieten de încredere sau a unui membru de familie poate fi suficientă pentru a asigura acest sentiment. Alteori, copilul are nevoie să abordeze cu paşi mici situația de care se

teme, cum ar fi imaginarea situației, înainte de a fi implicat propriu-zis în ea.

- **Prevenirea reacției:** Copilul trebuie să învețe să nu apeleze la ceea ce face în mod obișnuit pentru a evita sentimentul de frică. Asta înseamnă că fiul sau fiica dumneavoastră nu trebuie să se retragă din situație sau să execute un ritual compulsiv. Acest pas se realizează mai bine când copilul se simte suficient de „în siguranță" pentru a contracara sentimentul de frică din ce în ce mai mare.
- **Tolerarea:** Copilul trebuie să învețe să tolereze sentimentul de frică, de obicei pe o durată cuprinsă între 5 și 20 de minute, și să simtă cum frica începe să scadă. Acest pas are rolul de a-i îmbunătăți stima de sine, autocontrolul și încrederea, precum și de a-i genera un sentiment de eliberare.

Urmând acești trei pași, copilul dumneavoastră va învăța că poate înfrunta, tolera și depăși frica. Eliberat de obligația de a acționa automat la o amplificare a fricii, copilul poate alege acum răspunsul care se potrivește cel mai bine situației respective. Această opțiune se va baza probabil pe ceea ce este bine și important de făcut, și nu doar, pur și simplu, pe încercarea de a evita frica.

Planul este limpede și eficient, însă mai complicat decât pare. Este nevoie de timp și răbdare din partea părinților și a copilului pentru a parcurge acești pași, deoarece sentimentul de siguranță sau abordarea situației înfricoșătoare se face cel mai bine, de obicei, pas cu pas.

Robert, un băiat inteligent, sensibil și rațional, în vârstă de 15 ani, avea o problemă cu ajunsul de dimineață la școală. Mama lui, îngăduitoare, cedase deja la justificările lui nefondate, cu care explica de ce nu se poate duce la școală în fiecare dimineață. Ea înțelesese, totodată, că pentru el era important să fie la școală

1. De aceeași parte
2. Limite și așteptări
3. Rutine regulate
4. Încurajări
5. **Înfruntarea fricii**
6. Prezicerea viitorului
7. Aprecierea micilor îmbunătățiri
8. Diminuarea intensității emoțiilor
9. Vieți diferite
10. Aveți grijă de dumneavoastră

și că un anumit sentiment de frică îl oprea să plece.

S-a hotărât să-l ducă la o clinică de sănătate mentală. Ajuns acolo, Robert a vorbit despre faptul că se simțea rușinat când mergea pe culoarele liceului și era cuprins de o stingherealã uriașă când era strigat în clasă pentru a răspunde la lecție, chiar dacă știa răspunsul la întrebarea profesorului.

Lui Robert i s-a dat un tratament medicamentos care avea să-i scadă sentimentele de rușine și frică. Doctorul i-a spus că în continuare trebuia să-și înfrunte frica de a merge la școală ducându-se în fiecare zi la liceu și răspunzând la ore.

Băiatul dorea să-și învingă aceste frici. Împreună cu terapeutul a făcut o listă a fricilor lui, începând cu cele mici și ajungând până la cele mai puternice. Era important să simtă că el controlează procesul și că nu avansează prea rapid. Mama i-a apreciat în mod deschis curajul de care a dat dovadă în confruntarea cu fricile.

După două luni, Robert a început să meargă regulat la școală, iar după încă o lună răspundea la ore în mod frecvent. La cinci luni de la începerea tratamentului, a renunțat la medicamente. Terapeutul i-a spus lui Robert că este necesar să „forțeze învelișul" fricii sale și că într-o bună zi va simți cum frica rezistă și îl presează, dar că trebuie să forțeze în continuare. Băiatul a procedat întocmai și a descoperit că în majoritatea zilelor nu simțea nicio frică în acele locuri.

Înfruntarea fricii se face abordând situațiile stresante din punct de vedere emoțional, nu evitându-le. Aceasta este cea mai

bună modalitate de a reduce frica şi de a o împiedica să blocheze calea către scopurile utile sau dorite şi către o stimă de sine pozitivă.

6. NU ÎNCERCAŢI SĂ PREZICEŢI VIITORUL COPILULUI

Nu vă lăsaţi păcălit de ideea că anumite trăsături specifice, evenimente timpurii şi obiceiuri vechi hotărăsc viitorul. Când copilul se luptă, este firesc să proiectaţi acele probleme în viitor şi să vă imaginaţi nefericirea şi suferinţa care „vor" apărea. Însă acest lucru nu face decât să vă sporească agitaţia şi îngrijorarea din prezent.

Capacitatea de anticipare a oamenilor este uimitoare. Planificăm şi ducem la bun sfârşit proiecte. Construim clădiri şi oraşe, organizăm şcoli şi armate şi scriem cărţi. Însă aceste sarcini complexe rareori se îndeplinesc exact aşa cum am plănuit, întrucât apar unele evenimente şi circumstanţe neaşteptate. Poate fi vorba despre schimbări neanticipate ale vremii, lipsa materialelor, boli, nevoi aflate în competiţie, neînţelegeri etc. Cu cât un proiect este mai elaborat şi are o perioadă mai mare de implementare, cu atât există posibilitatea apariţiei unor lucruri neplanificate.

Ce poate fi mai complex decât desfăşurarea vieţii umane şi dezvoltarea minţii umane? Noi, părinţii, nu îi facem pe copiii noştri ceea de devin. Noi suntem utili în acest proces prin satisfacerea nevoilor cotidiene, într-o manieră iubitoare şi atentă şi prin furnizarea de prilejuri pentru ca fiii noştri să se dezvolte în anumite direcţii.

Niciun plan nu poate ghida viaţa sau mintea unei persoane într-o direcţie anume. În general, nu putem prezice viitorul şi cu siguranţă nu-l putem prezice pe cel al unei anumite persoane. În ciuda acestei incertitudini, încercăm în continuare să dăm formă

și direcție vieții copiilor noștri. Îi învățăm cum să-și planifice și să-și organizeze viața, iar aceasta este ceea ce contează, însă e cu totul altceva decât predicția cu privire la cum se vor întâmpla lucrurile.

Riscurile să cădeți în capcana de a crede că știți cum se vor întâmpla lucrurile sunt mai mari atunci când suferiți și doriți cu disperare să aflați viitorul. Trebuie să înțelegeți că luați cele mai bune decizii pe care le puteți lua la momentul respectiv. Se poate ca mai târziu în viață să vedeți altfel lucrurile. De fiecare dată când luați o hotărâre, nu puteți cunoaște viitorul.

Trăsăturile moștenite influențează drumul pe care merge copilul, la fel și evenimentele timpurii și tiparele comportamentale pe care le-a dezvoltat, însă nimeni nu poate să prevadă traseul. Noi, membrii familiei noastre, specialiștii, cu toții facem predicții, uneori cu o asemenea certitudine, încât pare că putem vedea ce va urma. Cea mai bună modalitate de a facilita un anumit viitor este ca, în prezent, să acționăm în direcția lui. Fiți deschis la învățarea unor noi moduri de a vedea o situație; ocazia pentru schimbare și pentru o nouă reacție este întotdeauna prezentă în orice situație apărută.

Matt a fost adoptat la vârsta de trei ani. Înainte, părinții lui biologici, care aveau un istoric de boli psihice, îl abuzaseră și-l neglijaseră. Matt era nedezvoltat pentru vârsta lui și a rămas mic și în continuare. Părinții adoptivi i-au oferit băiatului iubire, atenție și sprijin.

Băiatul avea și o tulburare de învățare care n-a fost identificată până în clasa

1. De aceeași parte
2. Limite și așteptări
3. Rutine regulate
4. Încurajări
5. Înfruntarea fricii
6. **Prezicerea viitorului**
7. Aprecierea micilor îmbunătățiri
8. Diminuarea intensității emoțiilor
9. Vieți diferite
10. Aveți grijă de dumneavoastră

a treia. Avea probleme cu organizarea, planificarea şi urmărirea sarcinilor legate de şcoală (ca, de pildă, temele) şi a treburilor casnice. De asemenea, întâmpina dificultăţi în înţelegerea semnelor sociale şi în păstrarea prietenilor.

Părinţii erau descurajaţi. Cunoscând istoricul de la începutul vieţii şi trecutul familial, şi-au imaginat că fiul lor în vârstă de 10 ani avea să se confrunte cu aceleaşi handicapuri ca adolescent şi adult. S-au gândit că o să fie dezorganizat, lipsit de prieteni, ba chiar bolnav psihic, asemenea părinţilor biologici. În ciuda acestei perspective sumbre, au continuat să-i ofere cât mai multe experienţe pozitive cu putinţă, apelând totodată la diverşi terapeuţi, medici şi la tot felul de clinici.

Dificultăţile pe care Matt le avea la şcoală s-au înrăutăţit pe măsură ce volumul de muncă a crescut. Acasă avea ieşiri furioase care-i speriau în egală măsură pe părinţi şi pe el. Părinţii, consultându-se cu terapeuţi şi cu profesorii, l-au inclus în cele din urmă într-un program rezidenţial plătit de către sistemul şcolar. Făcea parte din clase cu puţini elevi, având profesori instruiţi în educaţie specială; băiatul trăia într-un grup, alături de alţi adolescenţi. El şi familia au beneficiat de mai multă terapie decât ar fi putut beneficia în cadrul unei clinici. Profesorii, personalul centrului şi terapeutul au lucrat cu Matt asupra interacţiunilor lui sociale cu alţi adolescenţi.

Cât timp a fost în acest program, de la 14 la 16 ani, băiatul a crescut în înălţime cu aproximativ jumătate de metru şi a început să utilizeze numeroasele tehnici pe care i le oferiseră alţii pentru a-şi gestiona dificultăţile organizaţionale şi de planificare, precum şi emoţiile. Încet-încet, el a învăţat cum să relaţioneze cu alţi adolescenţi fără a-i alunga.

Întoarcerea la vechea şcoală a fost reuşită. S-a alăturat echipei de schi şi, pentru prima dată în viaţă, şi-a făcut singur prieteni. De asemenea, a devenit limpede că Matt avea talent muzical. După doar şase luni de lecţii de chitară, era suficient de bun pentru a fi invitat să facă parte din formaţia liceului. Părinţii lui

Matt au fost încântați de schimbările prin care trecuse fiul lor, însă nu le venea să creadă. A fost nevoie de ceva timp pentru a renunța definitiv la „predicțiile" lor.

Istoria, biologia și vechile tipare, fiecare are partea sa de răspundere în influențarea reacției noastre față de un eveniment actual, însă niciunul nu determină rezultatul. Concentrați-vă pe prezent.

7. ÎNVĂȚAȚI SĂ OBSERVAȚI ȘI SĂ APRECIAȚI MICILE ÎMBUNĂTĂȚIRI ȘI SCHIMBĂRILE POZITIVE

Doriți, desigur, ca problemele copilului să dispară ieri! Așa cum am discutat în Capitolul 4, tiparele emoționale și comportamentale problematice apar la diverse vârste, iar multe dintre ele se diminuează pe măsură ce copilul se maturizează. La fel cum, pentru a crește, este nevoie de timp, și pentru a vindeca sau repara este nevoie de timp.

Continuați toate lucrurile bune pe care le faceți pentru a vă ajuta copilul. Observarea micilor schimbări și ameliorări vă va ajuta, pe dumneavoastră și pe copil, să vă păstrați speranța. Copiii au o răbdare limitată. Unul dintre rolurile dumneavoastră ca părinte este să dați dovadă de răbdare când copilul nu s-a dezvoltat suficient. Nu vă concentrați prea mult pe scopul pe termen lung referitor la nivelul în care ați vrea să se afle copilul în ceea ce privește problema lui. În caz contrar, nu veți remarca îmbunătățirile mici, dar reale, și nici schimbările pozitive pe care le face cel mic. Nu uitați că dificultățile și problemele sunt firești. Cicatricele rănilor psihologice pe care le suferim în procesul maturizării nu fac decât să contribuie la punctele forte și preocupările noastre ca adulți. Desigur, aceleași cicatrice contribuie la formarea de vulnerabilități și de obstacole. Observând câștigurile

şi schimbările pozitive ale copilului, creşteţi probabilitatea ca una dintre urmările dificultăţilor să fie formarea unui individ mai puternic din punct de vedere psihologic.

1. De aceeaşi parte
2. Limite şi aşteptări
3. Rutine regulate
4. Încurajări
5. Înfruntarea fricii
6. Prezicerea viitorului
7. **Aprecierea micilor îmbunătăţiri**
8. Diminuarea intensităţii emoţiilor
9. Vieţi diferite
10. Aveţi grijă de dumneavoastră

Fiica adolescentă a lui Sally, Patricia, a fost internată în spital pentru depresie, timp de patru săptămâni. Sally dorea ca Patricia să nu mai fie deprimată şi să se întoarcă la şcoală cu toate forţele, cât mai curând posibil.

Sally nu înţelegea de ce Patricia doreşte un timp suplimentar de studiu, uitând că fiica ei trebuie să recupereze materia. Sally nu şi-a dat seama că, pentru fată, mersul la şcoală, întâlnirea cu prietenii şi răspunsul la întrebările lor, după ce lipsise o lună, erau o realizare foarte mare.

Femeia s-a trezit la realitate când a aflat că o altă fată care fusese internată în acelaşi timp cu Patricia a revenit în spital după doar trei săptămâni de la întoarcerea la şcoală. Stresul fusese prea mare pentru acea fată. Sally a început să aprecieze cât de multe realizase Patricia în procesul revenirii la rutina normală.

Aprecierea micilor îmbunătăţiri şi a schimbărilor pozitive sporeşte speranţa, sprijină răbdarea şi îl ajută pe copil să revină la normal.

8. NU LĂSAȚI EMOȚIILE INTENSE SĂ VĂ DOMINE INTERACȚIUNILE CU COPILUL

Este normal ca uneori să aveți o reacție emoțională puternică la ceva ce copilul face sau nu face, chiar dacă mai târziu regretați. De exemplu, puteți fi furios că fiul dumneavoastră deprimat nu-și face treburile în casă. Ulterior, probabil vă veți da seama că ați exagerat. Poate că furia a fost legată de faptul că l-ați văzut întristat și că v-ați simțit neputincios în privința ajutării lui. Sau poate că ați fost îngrijorat sau panicat când fiica nu a sunat acasă la ora stabilită. Ulterior vă dați seama că, pe lângă situația imediată, a mai contribuit și altceva la frica dumneavoastră, ca de pildă faptul că propriii dumneavoastră părinți au reacționat exagerat când nu sunați acasă, pe vremea când aveați vârsta fiicei.

Uneori, reacțiile exagerate apar pur și simplu. Când vă recâștigați echilibrul, recunoașteți în fața copilului că ați exagerat. Acest lucru nu vă va submina autoritatea, ci îl va ajuta pe copil să învețe să procedeze mai bine în situațiile în care are tendința de a reacționa exagerat.

Înțelegerea faptului că reacționați exagerat vă poate ajuta să nu mai reacționați la situația de moment. Este posibil ca reacția dumneavoastră emoțională intensă să fie un indiciu pentru altceva, dincolo de conjunctura de moment, o problemă „de fundal", care contribuie la amploarea reacției.

Dacă simțiți adesea emoții intense în relația cu copilul, gândiți-vă la impactul lor asupra copilului și asupra legăturii cu el. Pentru un copil, emoțiile intense ale părintelui sunt întotdeauna copleșitoare și de multe ori nu va înțelege mesajul principal pe care încercați să i-l comunicați. De pildă, copilul poate resimți un amestec de îngrijorare și iritare, ca fiind furie. El nu vede grija dumneavoastră pentru el și se simte singur, neiubit și rău. Furia părinților este întotdeauna mai greu de tolerat pentru copii. Furia dumneavoastră intensă îl poate determina

pe copil să ridice un zid de „lipsă de grijă" sau de „mers pe teren minat". Astfel de reacții îl pot izola și mai mult, în condițiile în care deja se simte singur, neiubit și rău din cauza problemelor sale. Când sunteți înfricoșat, anxios sau furios, așteptați să vă liniștiți înainte de a discuta problema cu copilul. În mod similar, când copilul se confruntă cu emoții intense, așteptați până se liniștește înainte de a porni discuția. Este mai bine să vă ajutați copilul să-și potolească emoțiile copleșitoare ale momentului, decât să încercați să discutați rațional un subiect cu încărcătură afectivă mare.

Dacă aveți adesea reacții intense, următorii pași vă pot fi de folos:

- Discutați cu soțul/soția sau cu copilul despre cum au resimțit ei intensitatea emoțiilor dumneavoastră, putând astfel afla o perspectivă mai obiectivă. Rugați-i să vă ajute să identificați momentul în care intensitatea a ajuns la maxim. Aceasta vă va ajuta să deveniți mai conștient de momentul în care se întâmplă. Încercați să vă dați seama ce emoții pot contribui cel mai mult la această intensitate crescută. De pildă, frica intensă poate fi cea care vă generează furia. Exprimați emoția în cuvinte, nu în acțiuni. Utilizați afirmații la persoana întâi, de tipul „Eu mă simt...", mai degrabă decât „Voi mă faceți să mă simt..."
- Stabiliți căi prin care să faceți față emoției actuale. Considerați-o ca provenind din interiorul dumneavoastră și acordați-i timp să treacă.
- Faceți activități care să vă distragă atenția de la emoția de moment sau încercați să provocați emoția opusă. De exemplu, numărați până la zece (respirând adânc la fiecare număr) pentru a nu vă mai concentra asupra furiei intense.
- Dacă simțiți rușine puternică, utilizați umorul sau priviți-vă cu compasiune și acceptare.

1. De aceeași parte
2. Limite și așteptări
3. Rutine regulate
4. Încurajări
5. Înfruntarea fricii
6. Prezicerea viitorului
7. Aprecierea micilor îmbunătățiri
8. **Diminuarea intensității emoțiilor**
9. Vieți diferite
10. Aveți grijă de dumneavoastră

John se simțea foarte iritat mai ales când, față de fiica sa, avea crize de furie după ce era mustrată pentru că nu-și face treburile casnice. Bărbatul simțea practic cum îi crește tensiunea.

A numărat până la zece și vreme de mai multe minute a respirat adânc, pentru a se calma și pentru a discuta cu fiica despre comportamentul ei. Știa că, dacă urlă la ea, nu va reuși să controleze mai bine izbucnirile de furie ale fetei. În timp ce se calma, și-a dat seama că intensitatea furiei ei era probabil legată de o senzație de abandon generată de moartea neașteptată a mamei sale.

Când a început să discute cu fiica despre cât de furios se simte el ca reacție la situația lor, și-a dat seama că parte din furia lui era îndreptată și către soția decedată. Simțea că, prin moartea ei, îi „provocase" sentimente de abandon. Treptat, a înțeles că astfel de sentimente sunt firești, însă l-au făcut să nu observe adevăratele lui abilități și puncte forte. Într-adevăr, nu era doar „un țânc neajutorat" sau un „nemernic incompetent", așa cum se simțea când nu știa în ce fel să-și ajute fiica. Dimpotrivă, era un tată iubitor și grijuliu, care se chinuia cu sarcina dificilă de a construi o nouă viață pentru el și pentru fiica lui după moartea soției.

Indiferent de cât de mult trebuie să exersați, reducerea măsurii în care emoțiile dumneavoastră intense vă domină interacțiunile cu copilul îl ajută pe acesta să revină pe calea cea bună.

9. NU UITAȚI CĂ NU SUNTEȚI UNA ȘI ACEEAȘI PERSOANĂ CU COPILUL

Dumneavoastră și copilul aveți vieți diferite. Aparent, această afirmație este evidentă, însă mai ales când emoțiile reprezintă o mare parte a interacțiunilor cu cei pe care îi iubim, distincția devine mai greu de ținut minte. Există o glumă care surprinde esența acestei probleme. Întrebare: Ce este un pulover? Răspuns: Ceva cu care îmbraci copilul atunci când ești răcit.

Când copilul este mic, trebuie să vă bazați pe intuiția, sentimentele și experiența dumneavoastră pentru a vă da seama de ce anume are el nevoie. Dacă aveți un copil ale cărui temperament și lucruri favorite/neplăcute sunt similare cu ale dumneavoastră, e posibil să nu fie nevoie să vă confruntați cu diversele moduri în care copilul este diferit. Însă, când copilul are un mod de experimentare a lumii cu totul deosebit de al dumneavoastră, diferențele vi se reamintesc în permanență. Când vorbim de copii cu voință puternică, acest lucru se întâmplă încă de timpuriu. În cazul altora, diferențele devin evidente când copilul ajunge la adolescență.

Adesea, elementele care subliniază deosebirile apar brusc. Vă puteți simți furios sau dezamăgit când vă așteptați ca fiul sau fiica dumneavoastră să reacționeze într-un anumit fel, iar acest lucru nu se întâmplă. Această expectație poate exista din cauză că distincția dintre cum *doriți* să fie copilul și cum *este* acesta pare neclară. În mod obișnuit, dorințele față de copilul dumneavoastră sunt amestecate cu cele pe care le aveți pentru propria persoană. De pildă, să presupunem că ați vrea ca fiul sau fiica dumneavoastră să învețe să cânte la pian pentru a se bucura de mândria și plăcerea de a cânta la un instrument muzical. Poate ați dorit, pe când erați mic, să cântați la pian sau chiar ați luați lecții. Indiferent de ce s-a întâmplat în trecut, vreți să împărtășiți această

plăcere cu copilul. Acest tip de amestec este un aspect firesc al relațiilor apropiate, de iubire.

Totuși, ori de câte ori apare o nepotrivire între dorințele dumneavoastră și cele ale copilului, se poate isca un conflict. Partea dumneavoastră de conflict se poate accentua atunci când nu reușiți să înțelegeți cum vede copilul dumneavoastră situația în mod diferit sau când refuzați cu încăpățânare să acceptați perspectiva distinctă a copilului și vă așteptați ca și el să vadă situația așa cum o vedeți dumneavoastră.

Există o modalitate constructivă de a gestiona conflictul. Rămâneți la propriile puncte de vedere și apreciați faptul că fiul sau fiica dumneavoastră vede situația cât se poate de diferit. Dacă se simte înțeles, chiar dacă nu sunteți de acord cu punctul lui de vedere, există șanse mai mari ca ea sau el să aibă în vedere perspectivele dumneavoastră și să asculte ce aveți de spus, în loc să vă respingă emoțional ideile pentru a-și menține identitatea sau integritatea. Atunci puteți respecta mai ușor diferențele, puteți comunica eficient cu privire la ele și le puteți rezolva cu succes.

Copilul crește în alte împrejurări decât cele în care ați crescut dumneavoastră. Ați fost părintele lui, nu părintele dumneavoastră. Sensibilitățile lui nu sunt și ale dumneavoastră, la fel și punctele forte.

George, fiul lui Bill, era un băiat inteligent, sportiv, în vârstă de 16 ani. La rândul său, Bill fusese genul sportiv în liceu, iar ca părinte jucase mult baschet cu fiul său, în curtea din spatele casei. Acum, că George era la școală

1. De aceeași parte
2. Limite și așteptări
3. Rutine regulate
4. Încurajări
5. Înfruntarea fricii
6. Prezicerea viitorului
7. Aprecierea micilor îmbunătățiri
8. Diminuarea intensității emoțiilor
9. **Vieți diferite**
10. Aveți grijă de dumneavoastră

şi făcea parte din echipa de baschet a şcolii, Bill participa cu mândrie la toate meciurile.

George a observat în timpul meciurilor că auzea mereu glasul tatălui dând indicaţii. Uneori vocea era la fel de ridicată ca a antrenorului, iar coechipierii lui George spuneau că tatăl lui părea foarte „absorbit" de meci. Pe drumul către casă, Bill critica felul în care jucase băiatul, iar când acesta din urmă încerca să-l contrazică, tatăl îi spunea că „doar" încearcă să-l facă pe George să-şi atingă potenţialul maxim şi îl acuza că este lipsit de respect.

Băiatul şi-a dat seama că nu mai este aşa de interesat să joace baschet, un sport pe care-l iubise înainte. De asemenea, se simţea uşor deprimat. Interesul său scăzut s-a manifestat sub forma unei apatii pe terenul de joc, în timpul meciurilor. Văzând acest lucru, tatăl a început să-l critice pe George din tribune.

Antrenorul, care lucrase împreună cu Bill într-o tabără sportivă de vară, a observat ce se petrecea. De multe ori, tatăl devenea atât de absorbit de rezultatele sportive ale băiatului, încât pierdea din vedere că fiul poate avea alte motivaţii decât are el. Era ca şi cum tatăl încălcase o graniţă imaginară, răpise o parte din experienţa fiului şi o adoptase ca fiind proprie.

Antrenorul a discutat cu Bill. L-a invitat să fie din nou antrenor secund în liga de vară de baschet şi l-a încurajat să se înscrie în liga de baschet a seniorilor. I-a spus, de asemenea, că era îngrijorat cu privire la George, care lua baschetul şi se lua pe sine prea în serios. Voia să ştie dacă Bill ar putea discuta cu fiul său despre faptul că „baschetul nu este totul". Bill a spus că a înţeles; s-a implicat în liga de baschet în care se înscrisese şi nu a mai venit la unele dintre meciurile fiului, din cauză că participa la meciurile echipei sale. George a început să fie mai interesat de propriile sale meciuri şi a început să povestească împreună cu tatăl despre aventurile lor individuale în lumea baschetului. Depresia lui uşoară a dispărut.

Străduiţi-vă să vedeţi dificultăţile copilului ca aparţinându-i, nu ca fiind ale dumneavoastră. Atunci veţi observa mai repede

ce-i trebuie *copilului* cu adevărat pentru a reveni pe calea cea bună, în loc să vedeți ce ați fi avut *dumneavoastră* nevoie pentru a reveni, în împrejurări similare.

10. AVEȚI GRIJĂ DE PROPRIILE NEVOI FIZICE ȘI EMOȚIONALE

A fi părinte înseamnă a munci mereu din greu. Trebuie să planificați numeroase chestiuni practice. Trebuie să toleraţi şi să absorbiți o serie vastă de experiențe emoționale, pentru a vă ajuta copilul să gestioneze şi să învețe să facă față vieții sale interioare.

Când copilul are dificultăți, meseria de părinte devine şi mai grea, întrucât apar şi mai multe probleme practice neașteptate şi emoții turbulente, care trebuie rezolvate. Trebuie să aveți grijă de propriile dumneavoastră nevoi emoționale, pentru a evita „extenuarea". Neglijarea propriilor nevoi înseamnă să vă riscați capacitatea de a fi puternic, înțelept şi empatic.

Extenuarea este o oboseală fizică sau emoțională, ce rezultă din stresul de lungă durată. Simptomele fizice pot include dureri de cap, deficiențe de somn, pierdere în greutate sau îngrăşare, dureri de spate şi probleme digestive. Printre simptomele emoționale se numără furie şi iritabilitate, oboseală şi apatie, anxietate şi depresie crescute, precum şi sporirea consumului de nicotină sau de alcool/droguri. Puteți gestiona extenuarea. Una dintre prioritățile dumneavoastră este să aveți grijă de propria persoană.

- Dormiți suficient.
- Străduiți-vă să aveți o alimentație sănătoasă.
- Faceți exerciții în mod regulat.
- Căutați activități şi persoane care vă pot ajuta să vă simțiți bine în legătură cu propria persoană.

- Asigurați-vă că aveți o persoană de sprijin, care vă permite să îi împărtășiți îngrijorarea, frustrarea și tristețea dumneavoastră în legătură cu dificultățile copilului. Această persoană vă poate confirma, fără să vă critice, cât de dureroase sunt pentru dumneavoastră comportamentul copilului sau stările lui emoționale și, totodată, vă poate reaminti ceea ce faceți bine pentru copil.

Rețineți câteva perspective care să vă ajute să gestionați mai realist situația și să aveți mai bine grijă de propria persoană.

- A fi părinte nu este o meserie pe care o puteți face perfect.
- Toți părinții au sentimente amestecate în legătură cu copilul lor, într-un moment sau altul. Vă puteți simți trist sau îngrijorat cu privire la situația copilului, vinovat pentru problemă în sine și furios pe copil pentru că are acea dificultate.
- Nu dumneavoastră ați creat problemele copilului și nu le puteți face să dispară pur și simplu. Dacă alți membri ai familiei vă spun ce „ar trebui" să faceți pentru a „rezolva" problemele copilului, le puteți spune că astfel de sfaturi nu sunt de ajutor și că situația este complexă.
- Problema copilului a apărut în timp și probabil că se va rezolva după o vreme. Stabiliți obiective rezonabile.

Conservați-vă puterea și aveți grijă de dumneavoastră, astfel încât să-i fiți copilului alături atât timp cât este nevoie pentru a-l ajuta să revină pe calea cea bună.

Polly avea o slujbă cu normă întreagă ca asistentă medicală, pe lângă faptul că era mama a trei copii. Cea mai mare dintre ei, Alice, fusese de curând internată pentru depresie și tocmai se întorsese la școală.

1. De aceeași parte
2. Limite și așteptări
3. Rutine regulate
4. Încurajări
5. Înfruntarea fricii
6. Prezicerea viitorului
7. Aprecierea micilor îmbunătățiri
8. Diminuarea intensității emoțiilor
9. Vieți diferite
10. **Aveți grijă de dumneavoastră**

Polly era nerăbdătoare să-și sprijine fiica în încercarea acesteia de a reîncepe școala. Nu dorea ca fata ei să fie „extenuată" de lecții, întrucât se temea că acesta fusese un factor care contribuise la depresia fiicei. A încercat să controleze cerințele școlare ale lui Alice și să afle totul despre temele pe care le avea de făcut. Îi contacta adesea pe profesorii fetei, în încercarea de a o menține pe linia de plutire.

Polly a început să fie stresată când a aflat că Alice nu îi spunea despre temele de la matematică. Dorind să sprijine interesul ei din ce în ce mai slab pentru această materie, Polly își sacrifica pauza de masă pentru a cumpăra obiecte de papetărie de care fata zicea că are nevoie pentru a-și face proiectele la matematică.

Polly a fost îngrozită când a găsit obiectele acasă, într-un colț al camerei, exact în ziua predării proiectului. După ce a aflat despre acest incident, soțul femeii i-a spus că el crede că ea își asumă prea multe responsabilități pentru activitatea școlară a fiicei.

O vreme, mama a încercat să-și îndeplinească responsabilitățile de părinte și cele de serviciu, precum și să participe la rezolvarea dificultăților școlare ale fiicei. A început să nu mai discute cu prietena ei, Janet, cu care obișnuia să iasă la alergat de patru ori pe săptămână, momente ce constituiau o ocazie extraordinară în care femeile își povesteau problemele emoționale și pe cele practice. Polly simțea că nu mai poate să irosească timpul, întrucât dificultățile lui Alice păreau că nu suportă amânare. Și-a dat seama că devine din ce în ce mai iritată din cauza fiicei. Într-o

noapte a stat trează, străduindu-se să-şi dea seama ce anume „lipseşte". A încercat să nu discute despre grijile ei cu propria sa mamă.

Polly a devenit foarte anxioasă şi deprimată, astfel încât a început să aibă probleme la serviciu. În cele din urmă, acestea au determinat-o să discute cu un specialist din cadrul Programului pentru Asistenţa Angajaţilor din cadrul firmei unde lucra. Acesta i-a explicat „extenuarea parentală" şi a fost pentru emoţiile negative ale femeii un fel de cameră de rezonanţă.

Polly a început să înţeleagă că problemele pe care le avea Alice la şcoală s-ar rezolva cel mai bine cu ajutor din partea personalului şcolii. A discutat cu aceştia, iar ei au fost de acord să supravegheze temele fetei şi să-i furnizeze îndrumarea de care avea nevoie. Polly a făcut un efort suplimentar ca să reia programul de exerciţii fizice împreună cu Janet, de cel puţin două ori pe săptămână. De fapt, a început să dea dovadă de mai multă disponibilitate pentru a asculta dificultăţile cu care se confrunta fiica şi în alte sfere ale vieţii ei, nu doar la şcoală.

*

Cei zece paşi descrişi în acest capitol nu reprezintă, cu siguranţă, o prezentare exhaustivă a tot ceea ce puteţi face în mod constructiv pentru a vă ajuta copilul să revină la normal. De pildă, printre alte moduri de a vă sprijini copilul se numără stabilirea unui program regulat, organizat, de joacă şi petrecere a timpului liber împreună cu copiii de aceeaşi vârstă, petrecerea timpului în familie (cea nucleară şi cea extinsă), realizarea de proiecte, munca în comunitate sau doar simpla distracţie, participarea la activităţile unei comunităţi religioase sau spirituale. Oricare ar fi aceste modalităţi, respectarea celor zece paşi de bază poate asigura un fundament solid pe care să construiţi alte activităţi care să fie mai „particularizate" nevoilor copiilor.

Ultimul pas, grija pentru dumneavoastră, conduce în mod natural la următorul capitol, care abordează propriile dumneavoastră reacții emoționale atunci când copilul are probleme. Dacă înțelegeți sentimentele cu care vă luptați, veți fi mai conștient de felul în care puteți să aveți mai multă grijă de propria persoană.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 5
Gestionarea sentimentelor dumneavoastră când copilul suferă

Când fiica mea adolescentă era nefericită şi avea probleme cu colegii ei, i-am mărturisit unui prieten despre îngrijorările mele. A ascultat tonul meu anxios şi mi-a povestit la rândul său unele dintre propriile lui griji părinteşti. Apoi a spus, oftând: „Era adevărat ce spunea mama: eşti atât de fericit cât cel mai puţin fericit copil al tău".

Când copilul se simte rău (este anxios, deprimat, furios, confuz, are note proaste, nu poate să-şi facă prieteni), împărtăşiţi acea suferinţă. O împărtăşiţi chiar dacă nu o resimţiţi în acelaşi fel sau cu aceeaşi intensitate. Vă daţi seama că nu puteţi sta liniştit, în vreme ce iubitul dumneavoastră copil se chinuieşte. Asta vă împiedică să dormiţi noaptea şi vă face să vă gândiţi la

problema copilului, vă determină să-i oferiți sugestii, să interveniți și să discutați cu familia sau cu prietenii. În cele din urmă, vă face să vă gândiți să apelați la consultație de specialitate și la tratament pentru copil.

Se poate ca, în ultimele câteva luni, să fi încercat numeroase intervenții pe cont propriu, pentru a vă ajuta copilul, însă problemele și stresul par să persiste. Poate că ați discutat cu membrii familiei și cu prietenii. Sugestiile lor ar putea să fie opuse părerilor proprii despre copil sau să nu funcționeze. Poate că vă simțiți la capătul răbdării. Vă puteți gândi că sunteți un părinte nepriceput și că nu știți să interveniți, este posibil ca evaluarea pe care v-o faceți să fie umbrită de senzația de dezamăgire, vinovăție și îngrijorare pentru copil.

Poate că ați aflat de curând despre dificultățile copilului și sunteți confuz și paralizat în legătură cu ceea ce trebuie să faceți sau cum să abordați aceste probleme. Sau e posibil să fi avut senzația că ceva se întâmplă copilului. Deși stresul dumneavoastră poate să nu aibă un nivel ridicat, v-a motivat să apelați la ajutor. Indiferent de calea aleasă, echilibrul dumneavoastră emoțional a fost tulburat și acum căutați modalități de a reveni la normal.

Probabil că ați auzit expresia că fiecare problemă înseamnă de fapt două probleme. Una este *practică*: pe aceasta o puteți aborda obținând mai multe informații și date care să vă ajute să înțelegeți ce e de făcut. Cealaltă este *emoțională* și o puteți rezolva cu ajutorul toleranței, al empatiei și al unei gestionări înțelepte.

Cea mai mare parte a cărții de față se adresează problemei practice, care se referă la modul în care să reacționați eficient la dificultățile emoționale și comportamentale ale copilului. În acest capitol, voi discuta direct partea emoțională a problemei de a avea un copil cu dificultăți: experiența dumneavoastră ca părinte îngrijorat și tulburat. Sentimentele discutate în continuare sunt firești atunci când o persoană pe care o iubiți suferă, iar dumneavoastră nu vă mai bucurați de viață. Se poate să vă simțiți copleșit de un ocean de sentimente dureroase iscate brusc sau

poate că parcurgeți niște etape dominate de un sentiment sau altul. Desigur, ca părinte, puteți avea astfel de sentimente indiferent de vârsta copilului, fie că este puști sau om matur. Este posibil ca înțelegerea acestor sentimente să vă ajute să le faceți față mai bine, iar felul în care le gestionați poate afecta modul în care copilul își rezolvă frământările.

STRUCTURA CAPITOLULUI 5

În primul rând, voi discuta despre vinovăție, rușine, frică, furie și tristețe. După descrierea fiecărei emoții, a felului în care poate fi resimțită, cum poate deveni un obstacol și ce anume vă poate ajuta să-i faceți față, voi face o descriere clinică. În multe dintre aceste mici exemple, voi urmări părintele unui adolescent care are aceste sentimente ca reacție la suferința copilului.

Apoi, voi discuta despre cum să faceți față durerii cauzate de faptul că nu vă puteți îndeplini toate expectațiile de protecție și grijă pentru copil, aici fiind inclusă și „rugăciunea de seninătate a părintelui".

PROPRIILE DUMNEAVOASTRĂ EMOȚII DUREROASE

VINOVĂȚIA

Vinovăția părinților pare să iasă la suprafață sub două forme. Una dintre ele apare când un părinte conștiincios se simte excesiv de responsabil pentru dificultățile copilului. Circumstanțele care pot determina aceste sentimente intense de responsabilitate pot

include divorțul, o boală a dumneavoastră sau un istoric familial de tulburări psihice.

Vinovăția vă împiedică să vedeți că problemele particulare ale copilului au numeroase cauze favorizante. Se poate ca, în mod irațional, să vă considerați întru totul responsabil pentru dificultățile copilului. Vinovăția intensă sau autoînvinovățirea vă poate face să spuneți sau să faceți lucruri care înrăutățesc situația. Vinovăția dumneavoastră poate fi atât de puternică, încât să nu puteți recunoaște sau aprecia tot ce ați făcut pentru copil.

Margo, fiica de 15 ani a lui Cindy, se confruntase cu numeroase dificultăți în ultimele luni. De câteva ori, Margo fusese prinsă chiulind de la școală și niciodată nu venea acasă la ora stabilită. Când se afla acasă, de obicei stătea singură la ea în cameră și se culca târziu, deoarece trimitea e-mailuri prietenilor. Consilierul de la școală își exprimase îngrijorarea cu privire la Margo. Acesta i-a povestit mamei că alți doi elevi îi spuseseră că Margo le mărturisise că este deprimată. Colegii ei se temeau că fata avea să-și facă rău.

Soțul lui Cindy, Frank, își părăsise soția cu aproximativ un an în urmă și de atunci se întâlnise doar sporadic cu fiica sa. Femeia avea un serviciu cu normă întreagă; când a auzit de dificultățile cu care se confrunta Margo, prima ei reacție a fost senzația că ceea ce voia să spună consilierul de la școală era că ea este „o mamă neglijentă". Se simțea ca și cum ar fi avut un eșec total în privința fiicei sale, extrem de vinovată, sentiment manifestat în mare măsură ca furie împotriva propriei persoane. Prin urmare, cu următoarea ocazie în care a văzut-o pe Margo, a țipat furioasă la fată: „De ce nu mi-ai spus că ești deprimată?" Margo nu a auzit vinovăția și îngrijorarea din glasul mâniat al mamei, ci doar furia, ceea ce a făcut-o să se simtă vinovată la rândul ei.

O a doua formă de vinovăție, mai puțin evidentă, maschează sentimentul de responsabilitate. În acest caz, nu vă îndreptați

criticile şi responsabilitatea excesivă către propria persoană. În schimb, vă orientaţi învinuirile şi judecata aspră pentru dificultăţile copilului către altcineva: partenerul de viaţă, celălalt copil, copilul cu probleme, profesori etc. Se poate să vă fie greu să acceptaţi că interacţiunile dumneavoastră cu copilul pot reprezenta o cauză a problemelor sale. Evident, această formă de gestionare a vinovăţiei vă opreşte să vedeţi dificultăţile copilului ca fiind complexe şi având numeroase motive.

Poate fi foarte dificil să faceţi faţă vinovăţiei în mod constructiv, dacă membrii familiei şi vecinii bine intenţionaţi, dar nechibzuiţi dau vina pe dumneavoastră.

> Cindy era furioasă pe soţul ei, care-şi abandonase emoţional soţia şi fiica. Bărbatul era deprimat şi retras, bea foarte mult în weekenduri şi abia dacă se mai ducea în mod regulat la serviciu. Dedesubtul acestei furii, Cindy se simţea vinovată că ea fusese „cauza" pentru care bărbatul era deprimat şi începuse să bea.
>
> Cindy a discutat cu mama ei despre situaţie. Femeia s-a simţit şi mai înjosită şi neînţeleasă când a auzit părerea mamei, cum că situaţia ei maritală şi dificultăţile lui Margo erau din „vina" ei. Abia mult mai târziu, pe măsură ce s-a confruntat cu problemele fiicei, Cindy a înţeles că punctul de vedere al mamei era greşit şi că nu trebuia să accepte ca fiind adevărat tot ce spunea mama ei, doar pentru că a fost rostit de ea.

Vinovăţia dumneavoastră, indiferent de felul în care o resimţiţi şi de cum o înfruntaţi, provine dintr-un sentiment profund de tristeţe şi neajutorare cu privire la dificultăţile copilului. Vinovăţia dumneavoastră poate scădea când înţelegeţi că specialiştii nu vă învinuiesc şi că la problemele copilului contribuie numeroşi factori. Vinovăţia dumneavoastră se poate diminua chiar şi mai mult când observaţi cum copilul răspunde în mod pozitiv la tratament.

RUȘINEA

Vă puteți simți și rușinat de dificultățile copilului. Vă puteți simți deosebit de rușinat atunci când copilul are dificultăți, chiar dacă dumneavoastră încercați să îmbunătățiți lucrurile. Este firesc să doriți ca fiul sau fiica dumneavoastră să nu se confrunte cu probleme emoționale și de comportament. Chiar dacă știți că sunt doar o parte a vieții, puteți vedea prezența unei probleme la copil ca fiind propriul dumneavoastră defect. Adesea, cu cât simțiți mai mult că fiul sau fiica este o parte din dumneavoastră și vă identificați cu copilul, cu atât veți simți mai multă rușine atunci când apar dificultățile (vezi Capitolul 4, Pasul 9: Nu uitați că nu sunteți una și aceeași persoană cu copilul). Acest sentiment se poate înrăutăți dacă alți părinți și copiii lor par să nu aibă probleme emoționale și comportamentale. Dacă nu le vedem chinurile, care totuși sunt prezente, ne simțim singuri și niște părinți ratați. Rușinea intensă poate vă împiedică să apelați la tratament sau să interferați cu tratamentul propriu-zis.

Pe lângă faptul că se simțea vinovată față de ce se întâmplase cu fiica ei, Cindy era și extrem de rușinată. Așteptase două săptămâni până să-i spună fratelui ei despre situație, deși știa că acesta avea să o sprijine. Când a însoțit-o prima dată pe Margo la clinica de sănătate mentală, femeia stătea cu capul plecat când intra câte cineva în camera de așteptare, temându-se că va fi recunoscută. Una dintre sursele fricii a fost groaza cu privire la cât de umilită s-ar fi simțit dacă un coleg de serviciu sau un vecin ar fi intrat în încăpere.

Cindy s-a înscris în grupul săptămânal de terapie pentru mame și fiice, care făcea parte din planul de tratament. A aflat despre dificultățile altora și a început să se simtă mai mult ca o mamă care se chinuiește cu o fiică deprimată și cu o situație dificilă, și mai puțin ca un părinte inadecvat. A devenit agitată

când fiica a început să vorbească în grup, însă a fost mișcată când Margo și-a exprimat angoasa, dezamăgirea, rușinea și vinovăția față de dificultățile conjugale ale părinților. Totodată, a fost impresionată și când a auzit-o pe fată vorbind cu bunătate și înțelegere cu celelalte fete din grup care se luptau cu depresia. Cindy a dat dovadă de empatie față de fiica ei și de înțelegere față de propria persoană și, de asemenea, s-a simțit ușurată când a remarcat că dispoziția și comportamentul lui Margo au început să se îmbunătățească.

Intensitatea rușinii și tendința de a te ascunde, care o însoțește, sunt domolite de compasiune, care apare atunci când se conștientizează că existența unei situații dificile și dureroase necesită blândețe. Compasiunea va reduce rușinea, indiferent de cauza acesteia. Compasiunea care diminuează rușinea poate veni din interiorul dumneavoastră sau dinspre alții. Va veni din interiorul dumneavoastră când înțelegeți că a fi părinte implică multă „formare la locul de muncă" și că nu sunteți singurul care uneori simte că a eșuat.

FRICA

Părinții se simt inevitabil înfricoșați și îngrijorați când au senzația că sunt lipsiți de ajutor pentru a interveni asupra perturbărilor emoționale și de comportament ale copilului. În mod irațional vă puteți aștepta la ce e mai rău și puteți proiecta în viitor îngrijorarea și frica intense, imaginându-vă scene dureroase pentru dumneavoastră și pentru copil. Fără să vă dați seama, puteți ajunge să credeți că grijile dumneavoastră *sunt* viitorul! Acest lucru se poate întâmpla, deși rațional știți că nimeni nu poate să întrevadă viitorul. Astfel de reacții sporesc atunci când țineți îngrijorările pentru dumneavoastră, frământări care, dacă sunt foarte puternice, pot genera deznădejde.

Cindy a vorbit în grup despre cât de speriată se simţise când a devenit pentru prima dată conştientă de chinurile fiicei ei. Sora mai mică avusese o tentativă de suicid cam când era de vârsta lui Margo şi vreme de mulţi ani trăise o depresie netratată şi făcuse abuz de alcool. Cindy ştia în mintea ei că Margo, care nu avea probleme cu consumul de substanţe, era diferită de sora ei. În ciuda faptului că era conştientă de acest lucru, femeia a împărtăşit faptul că era adesea îngrijorată că Margo a ei avea să „sfârşească" la fel ca sora ei.

Puteţi reduce intensitatea fricii şi a îngrijorării dumneavoastră în următoarele moduri:

- discutând cu un specialist;
- aflând mai multe despre problema copilului;
- aflând că există intervenţii de succes.

FURIA

Aceeaşi situaţie nedorită care generează vinovăţie, ruşine şi frică poate stârni şi furie. Vreţi ca dificultăţile să dispară şi orice element care vă aduce aminte de ele vă poate genera furia, care apare inevitabil atunci când vă simţiţi neajutorat, singur şi excesiv de stresat. Furia poate să apară şi ca reacţie la frica şi vinovăţia declanşate de un anumit comportament sau sentiment al copilului. În mod similar, vă puteţi simţi vinovat când vă daţi seama că furia îndreptată spre copil nu este de ajutor şi nu face decât să înrăutăţească sentimentele lui deja copleşitoare.

Reţineţi că sentimentele de furie sunt firesti. Furia ne poate asigura energia pentru a rezolva o problemă şi ne poate face să acţionăm în mod potrivit. Totuşi, când este intensă, poate duce la cuvinte şi comportamente furioase şi jignitoare care, dacă sunt orientate către copil, vă pot intensifica sentimentele de vinovăţie,

ruşine şi îngrijorare. Discursul şi acţiunile furioase sunt mult mai uşor de controlat decât sentimentele de furie. În general, este bine să ne controlăm comportamentul furios. Cu toate acestea, deoarece aveţi un control redus asupra furiei, recunoaşterea şi acceptarea prezenţei unor astfel de sentimente pot fi cel mai util răspuns imediat. Mai adesea şi în special când nu acţionaţi asupra lor, sentimentele de furie îndreptate către copil se diminuează şi trec, scăzând posibilitatea unui comportament furios şi vătămător. În acel moment, energia furiei poate fi utilizată pentru a spune şi face ceva mai constructiv, în sensul rezolvării situaţiei.

Înainte de a se înscrie în grupul de sprijin, Cindy era conştientă, la nivel primar, de furia ei. Se simţea furioasă pe soţul ei pentru că plecase şi pentru că păstra o legătură superficială cu Margo şi cu ea; se simţea furioasă pe Margo pentru că avea probleme şi că nu-i spusese şi ei, nu în ultimul rând, era furioasă pe ea însăşi pentru că nu observase problemele fetei înainte să-i spună consilierul şcolii.

Pe măsură ce făcea progrese în cadrul grupului şi în terapia individuală, a ajuns să observe şi alte sentimente pe care le avea şi pe care le interpretase ca fiind furie. Odată ce şi-a înţeles reacţia emoţională complexă, intensitatea furiei ei a scăzut.

Furia trece în timp. O puteţi ajuta să se îndepărteze dacă vă amintiţi să apreciaţi experienţa şi perspectiva copilului. Încercaţi să înţelegeţi că fiul sau fiica dumneavoastră trece printr-o perioadă dificilă şi că durerea şi furia pe care le resimţiţi nu sunt intenţionat produse de către copil. Nu uitaţi că viaţa dumneavoastră are propriul ei stres, care vă poate face să vă simţiţi neajutorat şi singur, independent de dificultăţile copilului. Dacă vă aflaţi într-o astfel de împrejurare şi descoperiţi că fiul sau fiica dumneavoastră are o problemă, aţi putea reacţiona cu furie la faptul că sunteţi şi mai mult împovărat.

Întrucât furia scade adesea şi dispare cu totul atunci când nu vă simţiţi singur în luptele pe care trebuie să le purtaţi, poate fi de ajutor să discutaţi despre problemă cu cineva: cu partenerul de viaţă, un membru al familiei, cu un prieten sau cu un specialist. În mod asemănător, senzaţia de furie neajutorată poate scădea când constataţi că puteţi face acţiuni pozitive şi paşi utili în sensul îmbunătăţirii situaţiei.

TRISTEŢEA

Vinovăţia, ruşinea, frica şi furia pe care părintele le simte pot fi însoţite de sentimente de tristeţe. Atunci când nu sunt înţelese şi gestionate în mod adecvat, aceste sentimente puternice ne pot îndepărta de la înţelegerea şi rezolvarea în mod realist a unei situaţii dificile. La polul opus, tristeţea semnalizează adesea un anumit grad de înţelegere şi acceptare a unei realităţi dureroase şi nedorite.

Tristeţea este firească. De obicei, ea apare când înţelegeţi pe îndelete că fiul sau fiica dumneavoastră trece printr-o perioadă dificilă şi că aveţi o capacitate limitată de a îndepărta problema. Acceptarea nu înseamnă simpla resemnare. De fapt, acceptarea, care adesea nu se petrece imediat, vă permite să vedeţi dincolo de situaţia curentă şi să vă imaginaţi opţiuni noi. Ea face loc speranţei că lucrurile pot fi îmbunătăţite.

Totuşi, uneori, tristeţea poate apărea prea curând şi foarte intens, mai degrabă sub forma lipsei de speranţă şi a deznădejdii decât a acceptării. O persoană se poate *simţi* atât de copleşită de vinovăţie, ruşine, frică sau furie, încât este posibil să ajungă să creadă că situaţia în sine este copleşitoare şi să se simtă descurajant de tristă. Cum se întâmplă cu toate emoţiile, timpul joacă un rol important în trecerea tristeţii. Deşi ea nu poate fi grăbită,

durerea cauzată poate fi alinată de autocompasiune şi înţelegere empatică pentru propria persoană şi faţă de ceea ce simţiţi.

> În vreme ce Cindy izbucnea în lacrimi când era furioasă şi frustrată, simţea o alinare redusă. Totuşi, pe măsură ce şi-a înfruntat propria vinovăţie şi propria ruşine, a început să fie cuprinsă de tristeţe pentru ceea ce trăiau ea şi fiica ei. Mâhnirea care-i însoţea lacrimile avea proprietăţi de acceptare şi alinare. După nenumărate astfel de episoade, Cindy a început să întrevadă o speranţă pentru ea şi pentru fiica ei. În loc să fie copleşită în cea mai mare parte a timpului, a început să simtă că ele două erau capabile să-şi înfrunte şi să gestioneze dificultăţile palpabile şi emoţionale din viaţa lor.

Probabil că nu este nicio surpriză că reacţiile emoţionale complexe pe care le aveţi nu dispar pur şi simplu atunci când apelaţi la ajutor de specialitate. De fapt, sentimentele dumneavoastră ar putea să devină şi mai puternice la începutul tratamentului. În ciuda progresului societăţii în direcţia diminuării stigmatizării asociate cu tratamentul de specialitate în sfera sănătăţii mentale, stigmatizarea încă există. Asemenea lui Cindy, atunci când apelaţi la specialist, vă puteţi simţi inadecvat sau că aţi eşuat ca părinte.

Unele dintre aceste sentimente se nasc din tristeţea şi dezamăgirea pe care le simţiţi pentru că nu v-aţi protejat copilul de necazurile vieţii. Deşi în mod raţional înţelegeţi că a creşte un copil este o sarcină dificilă şi că e uman să călcaţi strâmb, la nivel emoţional se poate să nu fiţi la fel de înţelegător şi empatic. Raţional, acceptaţi că a fi părinte este o treabă complexă şi grea, însă emoţional simţiţi că aţi avut un eşec din cauză că nu aţi identificat intervenţia „bună" pentru copilul dumneavoastră.

Din păcate, societatea noastră, care accentuează independenţa şi principiul de „a face lucrurile de unul singur", încurajează astfel de sentimente. Puteţi auzi comentarii maliţioase subtile

sau mai puțin subtile venite de la membrii familiei sau de la prieteni, pentru că ați apelat la ajutor de specialitate.

Va trebui, probabil, să vă luptați să nu lăsați frica de a fi văzut ca un ratat să vă ghideze comportamentul. Asemenea lui Cindy, vă dați seama că ascundeți de unii membri ai familiei faptul că sunteți în căutare de ajutor pentru copil, chiar dacă aceștia cunosc problemele.

În trecut, unii oameni au interpretat greșit sentimentele de eșec și inadecvare ale părintelui, care s-au ivit ca *răspuns* la problemele copilului, ca fiind *cauza* problemelor copilului. Gândiți-vă, de pildă, la schimbările din ultimii 45 de ani în ceea ce privește înțelegerea unei grave tulburări comportamentale și emoționale a copilăriei: autismul. Cu ceva vreme în urmă, specialiștii credeau că motivul pentru care un copil cu autism are dificultăți de a se atașa de mama sa era faptul că mama este distantă.

Acum, specialiștii știu că acea perspectivă este greșită. Am înțeles acum că tiparul comportamental care era privit ca o „cauză" a tulburării copilului este corect văzut ca o *reacție* la experiența profund tulburătoare de a avea un bebeluș sau un copil mic ce nu reacționează pozitiv la grija maternă. Mai târziu, oamenii de știință au remarcat că părinții răspund în mod diferit la copiii autiști, uneori mai constructiv, iar alteori mai puțin constructiv, în funcție de cum înțeleg ei problema, de modalitățile practice de a se adapta și de resursele pentru gestionarea propriului stres emoțional. Se știe acum că autismul este o tulburare gravă a comportamentului, prezentă încă de la naștere, însă numeroși părinți au suferit mult în plan emoțional din cauza perspectivei greșite asupra cauzelor bolii. Când acei părinți au aflat că autismul este o tulburare biologică și că nu este cauzată de ei, s-au simțit mai puțin vinovați și mult mai furioși pe sistemul medical.

Părinții copiilor autiști trebuie și acum să se confrunte cu sentimente de vinovăție, rușine, frică, furie și tristețe, așa cum se întâmplă cu toți părinții care au un copil cu diverse tipuri de

dificultăți emoționale și comportamentale. Această sarcină este mai ușoară atunci când comunitatea extinsă acceptă realitatea bolii psihice a copilăriei, nu o stigmatizează și asigură tratamentul adecvat. Stigmatizarea cu privire la tratamentul pentru problemele de sănătate mentală are șanse mari să se diminueze când societatea noastră va recunoaște mai profund cât de solicitant și de dificil e să fii părinte.

RUGĂCIUNEA DE SENINĂTATE A PĂRINȚILOR

Știți că a fi părinte este o muncă dificilă. Chiar și în momentele fericite este nevoie de înțelepciune și efort. Mai des decât ați vrea dumneavoastră, viața alături de copil nu decurge așa lin cum ați planificat. Totuși, a fi părinte este o muncă grea și adesea pare o slujbă în care te califici la locul de muncă. Deși acest lucru e adevărat mai ales pentru cineva care este părinte pentru prima dată, este la fel de adevărat și în cazul celor experimentați. Fiecare copil reprezintă o experiență nouă, cu temperament diferit, experiență diferită și poziție diferită în familie, chiar dacă sexul copilului e același.

Veți simți cu adevărat că a fi părinte este o slujbă în care vă formați la locul de muncă atunci când copilul se va confrunta cu o dificultate neașteptată, iar dumneavoastră încercați să vă dați seama cum puteți fi de ajutor. Din fericire, câtă vreme sunteți părinte, vă puteți perfecționa în ajutorul dat copilului să facă față mai bine experiențelor vieții.

Totuși, adesea, cunoștințele, abilitățile și relația dumneavoastră iubitoare sunt sever taxate de dificultățile copilului. Legătura tandră sau afectuoasă cu copilul vă face să mergeți mai departe. Însă vă puteți simți pus la încercare, ba chiar copleșit de faptul că trebuie să alegeți dintre atât de multe răspunsuri posibile la orice situație. În aceste momente, puteți simți că

echilibrul dumneavoastră emoțional este pe cale să cedeze, iar dumneavoastră sunteți la limita capacității de a ajuta sau chiar de a „sta toți împreună". Vă dați seama că aveți limite în abilitatea de a vă îngriji, proteja și ajuta copilul. Este posibil să simțiți că cel mai bun lucru pe care-l puteți face e să evitați să înrăutățiți și mai mult lucrurile pentru copil sau pentru dumneavoastră.

Acestea pot fi perioade dureroase și umilitoare în calea pe care o parcurge un părinte. În mod surprinzător, pot fi și vremuri când vă dezvoltați cel mai mult, în special în ceea ce privește abilitatea de a face diferența între ce puteți și ce nu puteți face pentru copil. Nevoia de a preciza această distincție sporește pe măsură ce copilul crește și dumneavoastră nu-l mai puteți conduce pe drumul vieții. Trebuie să vă adaptați în mod constant la realitatea schimbării copilului și să depășiți cu bine emoțiile născute din confruntarea cu aceste schimbări.

Vestea proastă este că înțelepciunea de a face diferența între ceea ce controlați și ceea nu controlați în viața copilului se dezvoltă dureros de încet. Vestea bună este că veți continua să deveniți mai înțelept pe parcursul întregii aventuri ca părinte.

Când vă simțiți provocat în felurile descrise mai sus, faceți „rugăciunea de seninătate" a părinților, o variantă a rugăciunii de seninătate utilizată în programele de 12 pași. Aceasta cere trei lucruri:

1. seninătatea de a accepta la copilul meu lucrurile pe care nu le pot schimba;
2. curajul de a ajuta la schimbarea lucrurilor pe care le pot modifica;
3. înțelepciunea să fac diferența între ele.

A accepta, la copil, acele lucruri pe care nu le pot schimba înseamnă a fi conștient de realitate și a o accepta; în acest moment, indiferent de ajutorul pe care-l puteți oferi, copilul nu poate fi persoana care doriți dumneavoastră să fie. Expectațiile

pot fi rezonabile şi tandre; ele reprezintă dorinţele dumneavoastră pentru copil. Totuşi, dorinţele dumneavoastră nu sunt copilul, la fel cum ele nu sunt îndeplinite nici de persoana care este copilul în momentul de faţă. Acceptarea nu înseamnă doar tolerarea pasivă a unei situaţii nedorite. Ea vă ajută să-l validaţi în mod activ şi să-l acceptaţi pe copil şi problema cu care se luptă el.

Rugăciunea cuprinde, în profunzime, şi acceptarea propriilor dumneavoastră limite ca fiinţă umană şi ca părinte. A avea limite nu înseamnă că sunteţi un părinte rău, ci că, asemenea tuturor părinţilor, nu sunteţi perfect. Rugăciunea începe cu o invocare a *seninătăţii* sau a capacităţii de autocompasiune şi îngăduinţă faţă de dumneavoastră înşivă. Este necesară deoarece, pe măsură ce acceptaţi mai multe, va trebui să renunţaţi şi la o bucăţică din visurile pentru copil şi, probabil, şi pentru dumneavoastră.

> Ralph era un băiat în vârstă de opt ani, atrăgător şi inteligent, timid şi potolit. Tatăl lui, care era foarte sociabil, îl încuraja mereu pe băiat să fie precum vărul lui, Stephen, un băiat de aceeaşi vârstă, deschis şi sportiv. Cu cât tatăl lui Ralph îl forţa pe băiat să participe la activităţi mai viguroase împreună cu alţi copii, cu atât Ralph se retrăgea mai mult. Nu doar că a refuzat să joace fotbal, dar s-a retras şi din iubitul lui club de şah.
>
> Tatăl lui Ralph a apelat la un consult de specialitate din cauza retragerii fiului său. Lucrând împreună cu terapeutul lui Ralph, a început să accepte sensibilitatea fiului la presiunea socială. A depus eforturi, de asemenea, în sensul acceptării limitelor sale ca părinte şi a faptului că nu era un ratat doar pentru că nu reuşise „să-l facă bine" pe fiul său. Tatăl lui Ralph a descoperit cu surprindere că băiatul devenise mai puţin retras pe măsură ce el începuse să-şi accepte fiul şi timiditatea acestuia.

A cere *curaj pentru a ajuta la schimbarea lucrurilor pe care le pot schimba* implică o dorinţă pentru răbdare, înţelegere şi hotărâre, trăsături necesare pentru a face modificări în copil, mai ales dacă

frica, voința sau capacitățile limitate ale copilului se modifică greu. Curajul vă va ajuta să vă confruntați cu propriile sentimente de îndoială, lipsă de speranță și frustrare, care fac parte adesea din încercarea de a face o schimbare dificilă.

A avea *înțelepciunea de a ști diferența între ele* necesită o judecată bună pentru a discerne când să renunțați și când să forțați, să vă certați și să încercați să influențați. Aceasta este cel mai bine exprimată de recomandarea „alegeți cu grijă bătăliile" și se dezvoltă în timp, prin propriile dumneavoastră experiențe reușite și nereușite, prin ceea ce învățați de la alții și prin reflecție și respect.

> Pe măsură ce tatăl lui Ralph a devenit mai înțelegător și a început să accepte timiditatea fiului, a reușit să sprijine și preocupările băiatului, deși acestea nu erau și alegerile lui. Și-a făcut timp pentru a-l asculta pe fiu discutând cu pasiune despre diverse strategii ale jocului de șah și l-a dus la concursuri locale, ceea ce a fost dificil la început, întrucât tatăl avea un temperament diferit și era atras mai mult de activități fizice în aer liber. În loc să se concentreze pe lucruri care nu-l interesau pe copil, s-a concentrat pe ceea ce experimenta și realiza fiul: entuziasm, competențe din ce în ce mai bune și succese la concursuri.

Dacă apelați la ajutor de specialitate, veți afla că și acest lucru implică decizii cu privire la momentul în care să renunțați la așteptări și când să țineți de ele. Trebuie să găsiți un echilibru între speranța de a vă sprijini singur copilul și tendința de a accepta ajutor din afară. Răspunsurile la următoarele întrebări vă pot fi de folos.

- „Ce fel de alinare pot oferi copilului, prin relația iubitoare pe care o am cu el și prin prezența mea grijulie?"
- „Ce fel de alinare poate oferi un specialist copilului meu, prin intermediul psihoterapiei și/sau al medicamentelor?"

Următoarea adăugire la rugăciunea de seninătate a părinților poate fi de ajutor într-o astfel de situație: „Dă-mi înțelepciune să găsesc un echilibru între ce-i poate oferi un specialist copilului meu și ce îi pot oferi eu".

Partea a doua a cărții dezbate subiecte cu care vă confruntați atunci când apelați la ajutor de specialitate pentru fiul sau fiica dumneavoastră. Capitolele 6–11 vă vor fi utile în încercarea de a găsi acel echilibru între ce are de oferit specialistul și ajutorul pe care îl puteți oferi dumneavoastră.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Partea a II-a
Intervențiile specialiștilor

Următoarele şase capitole se referă la chestiuni ce pot să apară atunci când încercaţi să obţineţi ajutor de specialitate pentru copilul dumneavoastră. După ce vă hotărâţi să consultaţi un specialist (pentru evaluare sau pentru tratament), vă veţi confrunta cu informaţii noi şi va trebui să luaţi decizii. Acest capitol vă oferă informaţii practice, precum şi denumiri de tratamente, specialişti, medicamente etc., noţiuni care pot fi noi pentru dumneavoastră. Confruntându-vă cu multe informaţii noi când căutaţi tratamentul adecvat pentru copil, puteţi avea senzaţia că vă aflaţi într-un labirint de confuzie şi de frustrări. Sper ca următoarele informaţii să vă ajute să parcurgeţi acest labirint şi să îl consideraţi ca fiind o cale de a vă ajuta copilul să revină la normal.

Înainte de primul capitol despre ajutorul de specialitate, voi face o scurtă trecere în revistă a evoluţiei sistemului de sănătate mentală a copilului din ultimii ani, ceea ce vă va ajută să înţelegeţi mai bine funcţionarea sistemului actual. Mă voi concentra în special pe cabinetele de psihiatrie pentru copii şi voi prezenta opinia mea referitoare la importanţa actuală acordată perspectivei biologice/medicamentoase în înţelegerea şi tratarea problemei copiilor.

SCHIMBĂRI RECENTE ÎN TRATAMENTUL SĂNĂTĂȚII MENTALE A COPILULUI

Tratamentul sănătății mentale a copilului s-a modificat radical din 1975 şi până acum. În timpul formării mele profesionale (1974–1976) şi când am început să lucrez la clinici private şi nonprofit pentru copii şi familii, psihiatrul de copii furniza o serie de tratamente. De obicei, printre acestea se numărau o terapie individuală pentru copil, consultări regulate cu părinți sau terapie de familie şi prescrierea unor medicamente.

În 1974 se foloseau foarte puține medicamente pentru copii. Copiii erau rareori diagnosticați cu depresie, iar pentru tratamentul acesteia se putea folosi un singur tip de medicamente. Medicamentele antidepresive erau folosite în general pentru adulți, iar în afară de Ritalin, pentru alte tipuri de probleme existau puține medicamente.

Copiii erau tratați în primul rând doar prin psihoterapie. În general, starea copiilor se îmbunătățea, dar, în unele cazuri, nu suficient de mult. Mulți copii au avut de câştigat, însă starea unora s-a îmbunătățit doar puțin, iar alții nu au beneficiat deloc de pe urma tratamentului, din cauză că simptomele lor erau foarte grave. Mulți dintre copiii care nu răspundeau la tratament aveau nevoie de spitalizare.

Pe la mijlocul anilor 1980 au apărut şi alte tipuri de medicamente. Astfel, copiii a căror stare nu s-a îmbunătățit în urma psihoterapiei au început să primească şi un tratament medicamentos. Evident, pentru unii copii, tratamentul psihoterapeutic şi cel medicamentos au mărit şansele de însănătoşire. Pentru copiii cu simptome de tulburări grave, faptul că au beneficiat de tratament cu medicamente a însemnat că au putut fi tratați ambulatoriu, în loc să fie internați în spital sau incluşi într-un program de tratament rezidențial de lungă durată.

Domeniul psihiatriei copilului s-a schimbat pe măsură ce au apărut tot mai multe medicamente utile. În timp ce, în trecut, psihiatrul de copii oferea în principal tratament psihoterapeutic, cel mai adesea în ziua de azi acesta oferă consultații cu privire la medicație și prescrie medicamente. Aceste consultații se întâmplă de obicei atunci când un coleg specializat în sănătatea mentală, dar fără pregătire medicală, pune în discuție necesitatea folosirii medicamentelor. Specialistul respectiv (asistent social sau psiholog) este de obicei cel care se ocupă acum de psihoterapia copilului.

Această împărțire a responsabilităților (o persoană se ocupă de psihoterapie, iar alta prescrie medicamente), care înseamnă că un număr mai mare de copii poate beneficia de tratament adecvat, s-a născut din două motive:

1. Nu există suficient de mulți psihiatri de copii pentru a oferi atât tratament medicamentos, cât și psihoterapeutic pentru acei copii care au nevoie de amândouă.
2. La ora actuală, există un număr mai mare de asistenți sociali și de psihologi decât în trecut, care pot trata copiii prin psihoterapie.

Psihiatrii de copii prescriu acum medicamente mult mai des și, prin urmare, medicamentele constituie un element mai ușor accesibil al tratamentului. În plus, acum există mai multe tipuri de medicamente din care să alegeți: pentru fiecare simptom există cel puțin două opțiuni. Aceleași medicamente se folosesc și pentru adulți, și pentru copii, dar la copii se începe cu doze mult mai mici, care apoi se măresc treptat. O altă schimbare față de tratamentele anterioare este că anumite tipuri de psihoterapie, utilizate anterior doar pentru adulți (cum ar fi cea cognitiv-comportamentală și cea dialectic-comportamentală), sunt acum folosite și pentru copii și adolescenți. De asemenea, în prezent

există numeroase cercetări care aduc dovezi despre eficacitatea diferitelor tipuri de psihoterapii.

Pentru mulți copii, „explozia" utilizării medicamentelor a fost de un real folos. Copii care altă dată ar fi fost dați afară din clasă din cauza comportamentului lor (cauzat de neatenția excesivă și de problemele de concentrare) iau acum medicamente și rămân să învețe în clasă; la fel se întâmplă și cu cei prea anxioși sau prea deprimați. Copilul care se duce la școală sau poate participa la ore are o părere mai bună despre el, în comparație cu cel care nu poate ajunge la școală sau care adesea este dat afară din clasă. Un copil cu o părere mai bună despre sine are mai multe șanse să asculte de persoane adulte. Viața de acasă decurge mai ușor, iar pregătirea pentru școală și pentru alte schimbări este mai ușoară pentru toată lumea. Mai puține situații conflictuale duc de obicei la relații mai bune și la o părere de sine și mai bună.

Totuși, în ciuda acestor beneficii majore aduse de medicamente, cred că sunt necesare niște măsuri de precauție. Pentru unii copii, medicamentele care ar trebui să fie de ajutor se pot dovedi dăunătoare din cauza alergiilor pe care le declanșează sau efectelor secundare grave. Au existat articole recente în ziare despre copii care este posibil să fi fost grav afectați de medicamente, uneori chiar fatal. Este de înțeles că unii părinți îngrijorați se tem să își dea acordul ca fiul sau fiica lor să urmeze tratament psihiatric medicamentos.

- Nu avem suficient de multe cunoștințe despre efectele pe termen scurt ale medicamentelor asupra copiilor.
- Copiii sunt încă în creștere și pot fi sensibili la efectele pe termen lung ale medicamentelor.
- Problemele oamenilor au cauze complexe, multe dintre acestea neputând fi tratate adecvat cu medicamente.

Majoritatea psihiatrilor de copii își iau aceste măsuri de precauție. Se decid asupra folosirii unui medicament după o analiză

atentă a nevoilor copilului. Alegerea unui anumit medicament se bazează pe cunoaşterea avantajelor şi dezavantajelor acestuia, provenită din experienţa profesională, pe dezbateri cu colegii şi pe cercetările publicate în jurnalele de specialitate.

Câteva puncte de vedere întemeiate se îndreaptă însă împotriva perspectivei precaute. Părinţii îşi doresc, bineînţeles, o rezolvare rapidă a problemelor emoţionale ale copilului, iar medicamentele au demonstrat că pot conduce la o îmbunătăţire considerabilă. De asemenea, mai sunt câteva puncte de vedere mai puţin raţionale, care se opun perspectivei precaute.

- Mulţi cred cu naivitate că problemele medicale şi psihologice complexe pot fi tratate adecvat doar cu o pastilă.
- Mulţi cred cu naivitate că un simptom poate fi considerat ca o neplăcere de care poţi scăpa, în loc de un posibil semnal de avertizare, care indică existenţa unei probleme importante, dar deocamdată nevăzute.
- Numeroase persoane au un punct de vedere îngust şi exclusiv economic, care favorizează schimbarea cu ajutorul unei pastile relativ ieftine, în defavoarea schimbării care implică şi o terapie mai costisitoare.

Majoritatea specialiştilor cu experienţă în sănătatea mentală a copilului pun la îndoială astfel de abordări simpliste, deoarece ei ştiu că problemele emoţionale şi comportamentale pot avea cauze multiple şi complexe. Ei ştiu că psihoterapia este utilă în tratarea acestui tip de probleme şi că cel mai bine pentru copii este nu doar să ia medicamente, ci să beneficieze şi de psihoterapie. Fără îndoială, există o presiune crescândă asupra specialiştilor în sănătatea mentală a copilului de a trata cât mai mulţi copii într-un timp cât mai scurt, folosind doar medicamente. Această presiune vine din partea:

- părinţilor stresaţi care doresc ca fiul sau fiica lor să nu mai prezinte niciun simptom, cât mai repede;

- companiilor (de stat sau private) de asigurări care doresc un tratament scurt şi economic;
- companiilor farmaceutice care bombardează medicii cu informaţii convingătoare despre cele mai noi medicamente.

Părinţii şi specialiştii trebuie să fie atenţi să nu îi trateze superficial pe copii, pe care doresc să-i ajute. Atunci când părinţii telefonează şi solicită „doar o consultaţie pentru prescrierea de medicamente", încerc să le ofer un punct de vedere alternativ la perspectiva conform căreia tulburarea copilului nu este decât un „dezechilibru chimic". Partea a II-a a acestei cărţi se bazează pe convingerea că, pentru a alege cel mai bun tratament pentru copil, trebuie luate în considerare atât perspectiva psihologică, cât şi cea biologică (farmacologică).

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 6
Evaluarea și testarea: de ce, ce, cine și unde?

Obiectivul meu în acest capitol este să vă ofer suficiente informații pentru ca testările psihologice să vi se pară mai puțin misterioase și îngrijorătoare. Doresc ca dumneavoastră să știți suficient de multe lucruri, încât să îi puteți explica și copilului acest proces. De asemenea, ofer informații despre alte tipuri de evaluări care au același scop și care sunt administrate de psihiatri de copii și de neuropediatri.

Voi folosi termenul de „evaluare" pentru a mă referi la procesul general de analizare îndeaproape a unei probleme. Voi folosi termenii „teste", „testări" sau „materiale de testare" pentru a ne referi la instrumentele sau materialele specifice de testare, utilizate pe parcursul unei evaluări (în special la cele utilizate de un psiholog clinician).

Procedeul complex de evaluare și testare a copiilor cu probleme emoționale, comportamentale sau dificultăți de învățare poate provoca multe confuzii. Poate că un consilier școlar sau un asistent social v-a recomandat să consultați un psihiatru de copii și să vă supuneți fiul sau fiica unei testări psihologice. Dar psihiatrul de copii nu administrează teste psihologice. Acestea

sunt proceduri complexe, care presupun teste scrise şi sunt administrate de către sau sub îndrumarea unui psiholog clinician. Psihiatrul de copii se bazează pe rezultatele acestor teste pentru a prescrie tratamentul adecvat.

Dacă aţi telefonat unui specialist solicitând o „evaluare psihologică", puteţi fi întrebat: „De ce a fost solicitată o testare psihologică pentru copilul dumneavoastră?"

- Poate pentru că fiul sau fiica dumneavoastră are unele probleme emoţionale sau comportamentale, ori că are legătură cu progresul său şcolar.
- Poate că nu *vi* s-a comunicat de ce copilul trebuie testat. În acest caz, ar trebui să discutaţi cu persoana care a sugerat acest lucru.
- Poate că fiul sau fiica dumneavoastră a fost testat deja de un psiholog şcolar, care a recomandat apoi evaluări suplimentare, mai amănunţite, efectuate de către un neuropsiholog.

Complexitatea, confuzia şi înţelegerea greşită în ceea ce priveşte testarea psihologică sunt des întâlnite.

STRUCTURA CAPITOLULUI 6

Acest capitol are patru secţiuni principale:

1. „De ce": Constă în motivul pentru care copilul poate fi trimis la un anumit specialist în evaluarea şi testarea sănătăţii mentale a copilului, în ceea ce poate fi aflat din aceste teste şi cum ar putea acele informaţii să vă ajute copilul. De exemplu, personalul de la şcoală observă că fiica dumneavoastră nu învaţă conform aşteptărilor; testele

relevă faptul că suferă de o tulburare de învățare și se recomandă intervenții specifice. Sau poate că terapeutul copilului a spus că acesta nu răspunde tratamentului așa cum se aștepta, că testele indică faptul că este mai deprimat decât părea să fie și că, în acest caz, se schimbă orientarea terapiei sau că trebuie o trimitere pentru evaluarea tratamentului medicamentos.

2. „Ce": se referă la tipurile de teste utilizate și ce anume evaluează fiecare. Voi evidenția cinci tipuri principale de testări psihologice și neuropsihologice și voi menționa și alte tipuri de testări nepsihologice.
3. „Cine": se concentrează pe tipul de specialist care administrează testarea. Voi face distincția între o serie de medici, inclusiv pediatri, neurologi, psihiatri de copii, psihologi, fizioterapeuți și terapeuți ocupaționali (vezi și Capitolul 7, *Întrebări despre tratament: cine sunt persoanele care oferă ajutor și unde se află ele?*).
4. „Unde": cuprinde informații despre instituțiile la care ați putea apela pentru o evaluare a copilului dumneavoastră.

Capitolul se încheie cu un scurt exemplu care ilustrează utilizarea unor teste psihologice.

DE CE A FOST SOLICITATĂ EVALUAREA SAU TESTAREA?

Toți adulții care intră în contact cu copilul își pot da seama că acesta are dificultăți de coordonare a mișcărilor corpului, de gestionare a sentimentelor și relațiilor sau de asimilare și procesare a informațiilor. Cu toate acestea, poate să nu fie clar *de ce* există aceste probleme și *cum* pot fi acestea rezolvate.

La început, copilul poate avea dificultăţi în special în ceea ce priveşte *performanţa şcolară*. Personalul şcolar poate avea câteva întrebări:

- Copilul are o problemă cu învăţatul în sine sau are o tulburare emoţională/comportamentală care intervine în procesul de învăţare?
- Există vreo afecţiune neurologică sau medicală care contribuie la această problemă?

O evaluare psiho-educaţională efectuată de către psihologul şcolar poate fi primul pas spre rezolvarea acestei probleme, iar dacă rezultatele acesteia nu sunt clare, personalul şcolii poate trimite copilul la o evaluare şi o testare efectuate de către un specialist în sănătatea mentală a copilului din afara şcolii.

Copilul poate întâmpina dificultăţi iniţial în cadrul *relaţiilor şcolare* — cu colegii/adulţii. Personalul şcolii poate avea câteva întrebări:

- Ce anume contribuie la aceste probleme?
- Ce pot face adulţii pentru a vă ajuta copilul?
- Copilul are o problemă uşoară de învăţare, de atenţie sau cognitivă (de gândire), ceea ce face ca el să aibă un risc crescut de a dezvolta dificultăţi emoţionale, sociale şi comportamentale?

Aceste probleme pot duce la întrebări care uneori sunt prea complexe şi la care o evaluare psiho-educaţională nu poate răspunde în întregime şi, deci, o trimitere la un specialist din afara şcolii în vederea evaluării şi testării este un al doilea pas corespunzător.

Copilul poate avea o suferinţă emoţională sau dificultăţi comportamentale care apar în alte sfere ale vieţii *din afara şcolii*. În acest caz, puteţi cere medicului copilului sau personalului

şcolii să programeze o evaluare şi o testare psihologică, pentru a afla ce se întâmplă cu copilul.

Pentru a complica şi mai mult lucrurile, copilul dumneavoastră poate fi trimis la mai mulţi specialişti deodată sau chiar de la un anumit specialist la altul. De exemplu:

- Pediatrul copilului solicită, în acelaşi timp, o evaluare psiho-socială cu privire la oportunitatea psihoterapiei, care să fie realizată de un asistent social, precum şi o evaluare în perspectiva stabilirii necesităţii tratamentului medicamentos, care să fie realizată de un psihiatru;
- Psihiatrul de copii, pediatrul, neurologul sau asistentul social pot trimite copilul la un psiholog pentru evaluare şi testare, pentru a afla mai multe despre problema copilului şi pentru a fi de ajutor în alegerea tratamentului potrivit.
- Psihologul poate trimite copilul la psihiatru sau la neurolog în vederea evaluării şi testării cu privire la simptome sau rezultate ale testelor psihologice, care pot avea o cauză neurologică sau pot necesita medicamente psihiatrice.

Scopul tuturor acestor trimiteri este să cunoaşteţi mai bine viaţa emoţională, capacitatea intelectuală şi/sau starea medicală ale copilului, pentru a vă da seama ce se întâmplă, ce tratament este necesar şi cum să procedaţi mai bine pe parcursul tratamentului.

Probabil că nu veţi reţine majoritatea informaţiilor din acest capitol, dar, citindu-l, veţi putea găsi ulterior o anumită informaţie atunci când veţi avea nevoie.

CE PRESUPUN EVALUAREA ŞI TESTAREA?

Evaluarea şi testarea implică trei mari etape:

1. o evaluare clinică;
2. o serie de teste sau materiale de evaluare;
3. interpretarea rezultatelor testelor.

Toate evaluările efectuate de către un specialist în sănătatea mentală a copilului încep cu o *evaluare clinică*, ce implică următoarele:

- obținerea istoricului medical al problemelor copilului (acesta se realizează de obicei într-o întrevedere cu dumneavoastră şi discutând cu copilul);
- trecerea în revistă a altor evaluări şi înregistrări;
- contactarea (cu acordul dumneavoastră) a învățătoarei copilului, a pediatrului etc.

Întrevederea cu dumneavoastră şi cu copilul poate fi mai scurtă sau mai lungă, în funcție de scopul său şi de cantitatea de informații despre copilul dumneavoastră de care dispune specialistul la începutul evaluării.

După evaluarea clinică, specialistul în sănătatea mentală a copilului se poate folosi de *o serie de teste sau materiale de evaluare*, cum ar fi scalele Conners pentru tulburarea de hiperactivitate şi deficit de atenție (Conners Attention Deficit Hyperactivity Disorder Scales), utilizate de psihiatru, sau WISC IV, care este utilizat de psiholog (voi detalia aceste teste în cele ce urmează). Testarea implică folosirea unei anumite tehnici sau a unui instrument pentru concentrarea pe o anumită sferă fizică sau psihică. Anumite teste le permit specialiştilor să analizeze situația mai bine, din punct de vedere fizic sau psihologic, decât

prin intermediul evaluării clinice. Testele furnizează informații tangibile, pentru a confirma sau a pune sub semnul întrebării orice „bănuieli" pe care specialistul le-a avut după întrevederea cu dumneavoastră și cu copilul.

După ce testele sunt aplicate, rezultatele lor trebuie să fie interpretate. *Testele și interpretările rezultatelor lor se bazează pe comparație.* Testele au fost standardizate, ceea ce înseamnă că, atunci când au apărut, au fost aplicate pe mii de oameni, iar reacția medie sau rezultatul mediu a fost considerat ca fiind normal, iar restul, anormal.

Pe baza rezultatelor la testele date de copilul dumneavoastră, specialiștii pot estima calea pe care acesta o va urma în domeniul în care a fost testat. Desigur, există factori care pot altera rezultatul estimat. Imaginați-vă, de pildă, că fiul sau fiica dumneavoastră a obținut un rezultat sub medie la abilitățile matematice, abilitățile de citire sau în ceea ce privește coordonarea ochi-mână. Probabil că pe viitor copilul va rămâne sub medie în aceste domenii, dacă nu va beneficia de o pregătire suplimentară, pentru ameliorare. În mod similar, în cazul în care copilul are rezultate anormale la EEG (encefalogramă sau testul undelor cerebrale, vezi tabelul 6.13), la testările de depresie sau ale auzului, atunci cel mai probabil va continua să prezinte simptome asociate cu rezultatele anormale la aceste teste, dacă nu survine vreo schimbare sau dacă nu urmează vreun tratament. Aceste generalități nu se aplică în privința copiilor mici cu dificultăți minore, pentru că tulburările unui copil mic nu duc atât de ușor la viitoare probleme.

Astăzi, testările devin din ce în ce mai complexe. De obicei, asta înseamnă că specialiștii pot face recomandări mai utile, dar că părinții și copiii se confruntă cu și mai multă confuzie. În continuare, voi descrie cele mai cunoscute teste și semnificația acestora. Sper ca acest lucru să vă ofere o perspectivă pentru a înțelege ce anume presupune testarea psihologică. Indiferent cine efectuează testarea, ar trebui să vă poată explica, în termeni

simpli, de ce este făcut testul, ce anume se testează și semnificația rezultatelor lui.

A. TESTE PSIHOLOGICE

Există cinci categorii principale de teste psihologice:

1. teste de aptitudini și de inteligență generală (evaluează potențialul copilului);
2. teste de performanță școlară (pentru a evalua ce a învățat copilul);
3. teste de abilități specifice de procesare a informațiilor, care stau la baza învățării (pentru a evalua stilul de învățare al copilului, puncte forte și puncte slabe):

   a. teste de funcționare a percepției vizual-spațiale, inclusiv a funcțiilor motorii fine;
   b. teste de memorie auditivă și vizuală;
   c. teste de atenție;
   d. teste de abilități de funcționare (abilități de rezolvare a problemelor);
   e. teste de limbaj.

4. teste de dezvoltare și funcționare emoțională generală (pentru a evalua maturitatea emoțională a copilului, inclusiv stilul și abilitatea de gestionare a emoțiilor);

   a. chestionare referitoare la dezvoltarea emoțională;
   b. teste proiective ale dezvoltării emoționale.

5. teste pentru anumite categorii de tulburări emoționale și comportamentale (pentru a compara simptomele copilului cu anumite tipuri de probleme).

BCU IASI - UNIVERSITY LIBRARY

1. Teste de aptitudini şi de inteligenţă generală

Testele de aptitudini şi de inteligenţă generală evaluează intelectul per ansamblu şi estimează potenţialul copilului. Astfel de teste sunt utile atunci când performanţa copilului este afectată negativ de o tulburare de învăţare.

Testele indică starea copilului la data testării. Ele indică extrem de fiabil dacă fiul sau fiica dumneavoastră are o tulburare de învăţare, însă evaluează starea copilului numai la acel moment al dezvoltării sale, nu şi cum ar putea fi la maturitate, mai ales dacă el beneficiază de ajutor adecvat.

Tabelul 6.1 Teste de abilităţi şi de inteligenţă generală

Numele testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificaţia testului*
Scala de inteligenţă Wechsler pentru copii (Wechsler Intelligence Scale for Children) (WISC IV) utilizat prima dată în 2003 Pentru 6–16 ani	1. *Scala de înţelegere*: Răspunde la întrebările examinatorului despre vocabular, cunoştinţe generale şi înţelegerea aspectelor practice şi socioculturale. 2. *Scala de raţionament perceptual*: Copilul creează modele cu cuburi, puzzle-uri vizuale şi vorbeşte pe marginea unor imagini. 3. *Scala memoriei de lucru*: Ascultă şi recunoaşte mental şi repetă numere şi litere, cifre crescătoare şi descrescătoare, realizează operaţii aritmetice în minte. 4. *Scala vitezei de procesare*: Potriveşte modele abstracte, găseşte şi scrie	Analizează cele patru arii care formează o scală completă de IQ. Uneori este utilizată pentru a compara abilităţile şi inteligenţa generală ale unui copil cu cele ale altor copii şi cu ale sale (este un copil mai bun la învăţare verbală/prin limbaj sau la învăţare perceptuală/prin imagine?). Testarea poate indica anumite tipuri de tulburări de învăţare. **1. Verbală:** Testează vocabularul, fondul de cunoştinţe, înţelegere şi raţionament. **2. Raţionament perceptual:** Testează raţionamentul şi înţelegerea nonverbală. **3. Memoria de lucru:** Testează abilitatea de a păstra informaţiile în minte la un moment dat şi de a lucra cu ele. **4. Viteza de procesare:** Testează cât

	răspunsuri la un cod număr – simbol.	de repede pot fi copiate numerele și simbolurile și cât de repede pot fi potrivite modelele abstracte. O diferență mare între scorurile la judecata verbală și la cea perceptuală poate indica anumite tipuri de tulburări de învățare.
Scalele de inteligență Wechsler pentru preșcolari și elevi în școala primară (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) (WPPSI)	Test de tipul WISC pentru copii în vârstă de 4–6½ ani.	Similar testului WISC.
Scala de inteligență Wechsler pentru adulți (Wechsler Adults Intelligence Scale) (WAIS)	Un test de tipul WISC pentru adolescenți în vârstă de cel puțin 16 ani.	Similar testului WISC.
Testul de inteligență Stanford Binet (test de IQ) (Standford Binet Intelligence Scales) Vârsta: 2–23 ani	***1.Raționament verbal:*** Răspunsuri la întrebări despre vocabular, înțelegere a noțiunilor practice și socioculturale și recunoașterea asemănărilor și a diferențelor. ***2. Raționament abstract/vizual:*** Realizarea modelelor folosind cuburi, copiază modele folosind logica, pentru a găsi piese care	Testul este utilizat de multă vreme, de mai mult de jumătate de secol, pentru evaluarea raționamentului verbal, abstract, vizual și cantitativ, precum și a memoriei de scurtă durată. Nu se folosesc toate subtestele pentru toate vârstele. Rezultatele testului oferă abilitatea de a compara performanța verbală cu cea nonverbală.

	lipsesc din imagini sau din modele şi identificarea formelor din hârtie împăturită. ***3. Raţionament cantitativ:*** Folosirea hârtiei şi a creionului pentru rezolvarea problemelor de matematică, ordonarea numerelor şi realizarea altor activităţi cu numere şi matematice. ***4. Memoria de scurtă durată:*** Reproducerea secvenţelor de mărgele de patru forme şi trei culori, repetarea propoziţiilor şi cifrelor şi indicarea secvenţelor de imagini.	
Bateria de teste cognitive Woodcock-Johnson (Woodcock-Johnson Cognitive Battery) Vârsta: 2–90 ani	Realizarea unor acţiuni de tipul: răspunsul la întrebări legate de imagini, ascultarea casetelor audio şi apoi răspunsul la întrebări pe seama conţinutului acestora şi folosirea hârtiei şi a creionului pentru a executa sarcini cum ar fi încercuirea unor numere asemănătoare sau trasarea unui model.	Acesta este un test nou, folosit în numeroase zone ale SUA. Există 21 de subteste diferite care măsoară 7 capacităţi, inclusiv viteza de procesare vizuală şi auditivă, memoria de lungă şi de scurtă durată, înţelegerea, fondul de cunoştinţe şi raţionamentul fluid.

Tabelul 6.1 cuprinde cele mai utilizate teste de inteligenţă pe care trebuie să le facă copilul şi semnificaţia rezultatelor acestora.

Până recent, testul obişnuit pentru copii a fost scala de inteligenţă Wechsler pentru copii (WISC III). Scorurile totale ale

celor două secțiuni ale acestui test sunt considerate ca IQ verbal și de performanță. Cele două rezultate sunt de obicei apropiate unul de celălalt, de exemplu, 102 și 99. Diferențe mari, de regulă de peste 20 de puncte, pot indica anumite tipuri de tulburări ale învățării și ar trebui discutate și explicate de către examinator cu ocazia întrevederii în care vi se comunică rezultatele testării.

Testul WISC IV înlocuiește în măsură din ce în ce mai mare testul WISC III. Se crede că acesta evaluează mai bine capacitatea brută de învățare a copilului (raționament fluid), memoria de lucru și viteza de procesare a informațiilor, fără a face discriminări culturale. Unii psihologi se tem că cele trei subteste de raționament perceptiv ale WISC IV ar putea să nu furnizeze mereu rezultate cu aceeași acuratețe ca WISC III pentru unii copii cu o tulburare de învățare nonverbală sau cu sindromul Asperger. Dacă se pune problema acurateței rezultatelor testului WISC IV, solicitați o a doua opinie.

Această nouă versiune a testului (WISC IV) are patru subscale care alcătuiesc o scală de IQ completă, spre deosebire de cea cu doar două subscale (subtestele inițiale se găsesc între paranteze):

1. înțelegere verbală (asemănări, vocabular și înțelegere);
2. raționamentul perceptiv (raționamentul matrice, crearea de modele, concepte de imagini);
3. memorie de lucru (secvențe litere–numere, secvențe de cifre);
4. viteza de procesare (căutare de simboluri, codificare).

Pentru fiecare scală, cîteva teste suplimentare pot înlocui subtestele inițiale.

Un psiholog cu experiență poate folosi testele WISC, WPPSI sau WAIS pentru a estima anumite probleme de învățare ale copilului, precum și unele aptitudini subiacente. Aceste estimări pot fi confirmate sau nu de testele enumerate în partea a 3-a a capitolului.

2. Teste de performanţă şcolară

Testele de performanţă şcolară estimează modul în care se descurcă fiul sau fiica dumneavoastră, raportat la modul în care ar trebui să se descurce, în funcţie de vârsta pe care o are şi clasa în care este. Aceste teste nu măsoară aptitudini, ci doar abilităţi şcolare şi cunoştinţe acumulate de copil.

Rezultatele altor teste sunt exprimate sub formă de *percentile* sau ca *rezultate standard*. Puteţi înţelege termenul de „percentilă" dacă vă gândiţi că plasaţi punctajul obţinut de copil într-un grup de 100 de rezultate. De exemplu, dacă fiul sau fiica dumneavoastră a obţinut un punctaj la percentila de 60, înseamnă că, din 100 de copii care au dat testul, 59 dintre ei au obţinut mai puţin decât el şi 40 au obţinut mai mult. Pentru majoritatea testelor, un rezultat mediu ar fi între percentilele 25 şi 75.

Un scor *standard* la un test este structurat sau „calibrat" astfel încât scorul mediu este setat fie la 50, fie la 100. Scorurile mai mici sau mai mari decât acest punct median se numesc „deviaţii standard" şi reprezintă o măsură a distanţei dintre un scor obţinut şi unul mediu. Deviaţiile standard împart scorul în patru categorii principale. De exemplu, dacă fiica dumneavoastră obţine 100 de puncte, se află exact în punctul median (unde a fost stabilit scorul mediu). Dacă obţine 115 puncte, are o deviaţie standard peste medie. Cu 85 de puncte, are o deviaţie standard sub medie. Un scor format din două deviaţii standard sub medie poate indica faptul că fiul sau fiica dumneavoastră a rămas semnificativ în urmă.

De obicei, testele educaţionale au un *punctaj echivalent pentru fiecare vârstă sau clasă în care se află copilul*. Acesta indică nivelul vârstei sau al clasei în care se află cei mai mulţi copii care au obţinut acelaşi punctaj. Să presupunem că fiul sau fiica dumneavoastră se află în a 8-a lună din clasa a treia, sau „3:8". La un test de citire obţine un punctaj de 2:7, adică este la un nivel mediu pentru un copil care se află în cea de a doua lună a clasei a doua, aproape cu un an în urma clasei în care se află. Rezultatele

care indică doi ani sub nivelul la care ar trebui să fie copilul sunt considerate un semn al unei tulburări de învățare. Mai multe teste specifice (vezi secțiunea a 3-a de mai jos) vă vor ajuta să vă dați seama care dintre posibilele cauze contribuie la faptul că fiul sau fiica dumneavoastră a rămas sub nivelul clasei în care se află.

Unele teste psihologice și educaționale pot fi scorate de către calculator, folosind un program care generează un raport. Deși asemenea rezultate vin repede și nu sunt foarte costisitoare, ele nu înlocuiesc un raport cuprinzător, scris de un specialist care le aplică.

- Psihologul integrează observațiile părinților și ale profesorilor cu propriile observații despre modul în care se comportă copilul în timpul testării.
- Acesta estimează cum sunt legate rezultatele unul de celălalt și apoi trage concluzii importante despre modul în care funcționează copilul dumneavoastră.
- Psihologul face legătura între rezultatele referitoare la anumite griji ale părinților și profesorilor, care au dus la evaluare.

Psihologul compară maniera în care copilul răspunde la teste cu mulți alți copii pe care i-a întâlnit de-a lungul timpului. O înțelegere decisivă poate veni, de cele mai multe ori, din astfel de observații.

Tabelul 6.2 evidențiază câteva teste obișnuite de performanță școlară.

Unii examinatori preferă să folosească testul de achiziții WIAT împreună cu testul de aptitudini WISC. Ei cred că această combinație furnizează mai multe informații valide, întrucât testele au fost standardizate împreună. Rețineți că aceste teste de achiziții evaluează noțiunile învățate: aptitudini școlare și cunoștințe. **Diferențe mari între testele anterioare de aptitudini și aceste teste școlare atrag după sine investigații ulterioare.**

Tabelul 6.2 Teste de performanţă şcolară

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificaţia testului*
Testul de achiziţii Woodcock-Johnson (The Woodcock-Johnson Test of Achievement) Vârsta: 2–90 ani	Să citească şi să scrie. Să citească cuvinte simple, să alcătuiască cuvinte care testează fonetica şi propoziţii pentru a suplini cuvântul lipsă. Să scrie teste de despărţire în silabe a cuvintelor şi teste matematice pentru rezolvarea calculelor şi a problemelor (atât cronometrat, cât şi necronometrat).	Vizează domenii şcolare generale şi compară un copil cu alţii de aceeaşi vârstă şi din aceeaşi clasă. Rezultatele se comunică ca scoruri echivalente vârstei şi clasei în care se află copilul, precum şi sub formă de percentilă.
Testul de achiziţii generale (WRAT) (Wide Range Achievement Test) Vârsta: 5–75 ani	Să citească cuvinte simple şi să facă teste de silabisire şi calcule numerice folosind hârtie şi creion. Durează în jur de 20–30 minute.	Testează citirea, silabisirea şi aritmetica. Rezultatele pot fi comparate cu rezultatele IQ şi cu cele echivalente clasei, ca o măsurare de tip screening a realizărilor.
Testul Wechsler de achiziţii individuale (Wechsler Individual Achievement Test) *(WIAT)* Vârsta: 4–85 ani	Să citească cuvinte simple şi să alcătuiască cuvinte pentru testarea abilităţilor fonetice; să citească un pasaj şi să răspundă unor întrebări despre acesta timp de până la 15 minute, apoi să asculte o poveste şi să răspundă unor întrebări legate de ea. Să răspundă unor întrebări despre concepte matematice; să rezolve calcule matematice.	Oferă informaţii despre performanţele şcolare şi capacitatea de rezolvare a problemelor. Testează abilităţi fundamentale pentru citire, silabisire, scriere, ascultare, înţelegere şi exprimare orală şi matematică. Poate fi legat de WISC IV.

Bateria de diagnosticare a citirii Woodcock (Woodcock Diagnostic Reading Battery) Vârsta: 2+ ani	Să citească cuvinte simple, să alcătuiască cuvinte pentru testarea abilităților fonice și propoziții care să aibă un cuvânt lipsă dat. Să citească cât mai multe propoziții simple într-un anumit timp.	Împarte citirea în câteva componente: înțelegerea citirii și a cuvintelor, recunoașterea și analiza. Furnizează o imagine a aptitudinilor unui copil în comparație cu alții.
Testul de citire Nelson-Denny (Nelson-Denny Reading Test) Vârsta: din clasa a 9-a până la facultate	Să dea un test de vocabular cu multiple variante de răspuns și unul de înțelegere, care presupune citirea unor pasaje și răspunderea la mai multe întrebări cu multiple variante de răspuns despre acestea. Ambele părți au limită de timp.	Este folosit pentru a evalua calificările unui elev și nevoia de mai mult timp pentru a executa sarcini școlare, deoarece implică măsurarea timpului de testare standard și extins. College Board* solicită acest test pentru stabilirea dizabilității.
Testul de citire orală Gray (Gray Oral Reading Test) Vârsta: 6–18 ani și 11 luni	Să citească cu voce tare paragrafe de dificultate gradată și apoi să răspundă unor întrebări cu multiple variante de răspuns legate de acestea. Durează 20–30 de minute.	Evaluează fluența în citire, ritmul, acuratețea și înțelegerea. Ajută la identificarea dificultăților în citirea orală și măsoară îmbunătățirea acestora.
Testul Key Math Vârsta: 5–22	Să efectueze probleme de matematică în gând și cu ajutorul hârtiei și al creionului.	Măsoară aptitudini de concepte matematice și operații ca: aplicații cu numere întregi și fracții; geometrie, măsurări; timp și bani; estimări; interpretarea de informații și rezolvarea de probleme.

* Comisia care elaborează testele naționale de admitere la facultate. (*N. red.*)

3. Teste specifice de procesare a informațiilor care stau la baza învățării

Când este găsit un dezechilibru între aptitudinile potențiale ale copilului (tabelul 6.1) și performanțele sale (tabelul 6.2), pot fi necesare teste suplimentare care să îi evalueze capacitatea de procesare a informațiilor. Aceste teste evaluează capacități specifice:

- coordonarea mână–ochi cu hârtie și creion;
- învățarea auditivă sau vizuală și memoria (modul în care copilul reține și își amintește ceea ce aude și vede);
- atenția (percepția și concentrarea);
- funcții executive (capacități de planificare, organizare și ducere la bun sfârșit a unei sarcini);
- percepție audio-vizuală (capacitatea de a decoda un cuvânt scris);
- procesarea fonologică (capacitatea de a auzi fonetic sunetele cuvintelor).

Acestea, împreună cu alte capacități sau abilități, cum ar fi cele identificate cu scalele Wechsler, sunt funcții cognitive: abilități care necesită gândire și învățare. Rezultatele acestor teste pot identifica dificultatea de gândire sau învățare de care suferă copilul dumneavoastră.

Cauza fundamentală a dizabilității poate sta în una sau în mai multe capacități cognitive. De pildă, copilul poate avea probleme de citire sau dificultăți la învățarea noțiunilor matematice. Cauza subiacentă poate fi o problemă în capacitatea cognitivă sau în memoria auditivă sau vizuală de scurtă durată, în înțelegerea lucrurilor care au fost spuse sau în folosirea celor înțelese. De obicei, aceste dizabilități nu au legătură cu materialele școlare folosite cu copil, dar, dacă ele nu sunt abordate prin resursele școlare, în timp situația se poate înrăutăți. Dacă, dimpotrivă,

copilul primește ajutor adecvat, poate învăța să-și compenseze dizabilitatea și să funcționeze mai eficient.

Testele specifice de abilități de procesare a informațiilor nu fac parte de obicei dintr-o baterie (grup de teste utilizate împreună) obișnuită de teste psiho-educaționale școlare. Când aceste teste (ca cele din tabelele 6.5–6.8) *sunt* aplicate împreună cu alte teste generale de aptitudini (tabelul 6.1, de mai sus) și cu teste de performanță școlară (tabelul 6.2, de mai sus), este vorba de o *evaluare neuropsihologică*. Aceasta furnizează cunoștințe detaliate despre modelele de învățare și de gândire (cognitive) ale copilului și permite o evaluare mai atentă a anumitor abilități de procesare a informațiilor care stau la baza învățării.

Un neuropsiholog alege și administrează aceste teste de procesare specifică a informațiilor. Neuropsihologii sunt doctori în psihologie sau au o pregătire specială în aceste teste mai complexe de evaluare a funcțiilor cognitive. Neuropsihologul alege testele care vor fi folosite bazându-se pe înțelegerea tiparelor copilului, înțelegere care are la bază rezultatele la testele de aptitudini și de inteligență (de mai sus).

În unele regiuni ale SUA, doar cele două teste din tabelul 6.3 sunt de obicei folosite pentru testarea neuropsihologică.

Spre deosebire de utilizarea precedentei „abordări de tip baterie" pentru testare, mulți neuropsihologi, în special cei din partea de nord-est, folosesc o „abordare de tip proces". Asta înseamnă că examinatorul alege, dintr-o gamă largă, anumite teste care se potrivesc cel mai bine fiecărui copil. Subtestele din testul de inteligență pentru copii Wechsler (WISC IV, din categoria 1, de mai sus) oferă informații preliminare importante în următoarele cinci sfere specifice: vizual-spațial, memorie auditivă și vizuală, atenție, funcție executivă, limbaj. În baza acestora și a altor informații, psihologul alege anumite sfere și teste pe care să le folosească pentru un anumit copil. Rețineți că un singur test poate evalua mai multe tipuri de funcționare de bază. Toate testele de mai jos ajută la clarificarea problemelor de citire, scriere

sau de matematică şi, de asemenea, furnizează informaţii cu privire la dificultăţile comportamentale şi sociale.

Examinatori diferiţi pot folosi teste diferite. Un singur test nu poate răspunde tuturor întrebărilor. Niciun copil nu poate fi testat în toate domeniile enumerate mai jos, întrucât ar fi împovărător pentru copil şi ar dura foarte mult. În cele ce urmează voi descrie câteva dintre testele obişnuite de evaluare neuropsihologică utilizate pe scară largă în SUA.

Tabelul 6.3 Baterii de teste utilizate de obicei pentru evaluarea neuropsihologică

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificaţia testului*
Bateria Halstead-Reitan Vârsta: 8 – maturitate	Se implică în mai multe tipuri de activităţi cum ar fi ascultarea de tipare muzicale şi apoi diferenţierea lor, trasarea de linii pentru a conecta puncte într-o anumită ordine, utilizarea arătătorului pentru a bate în lemn cât de repede poate, plasarea de piuneze în găurile unui panou special.	Oferă un rezultat combinat, care măsoară disfuncţii cerebrale. Constă într-un set de 10 teste neuropsihologice de înţelegere, care examinează limbajul, atenţia, viteza motorie, gândirea abstractă, memoria şi raţionamentul spaţial. Unii neuropsihologi folosesc doar câteva sau întregul set de teste originale din această baterie.
Bateria neuropsihologică Luria-Nebraska, revizuită pentru copii (Luria–Nebraska Neuropsychological Battery, Children's Revision) Vârsta: 15+ ani	Se implică în mai multe tipuri de activităţi cum ar fi: relatarea unei poveşti ca răspuns la o imagine, copierea unei forme conţinute într-una mai mare, menţionarea diferenţelor sau a asemănărilor dintre două lucruri, amintirea unei secvenţe ritmice,	Comparabil cu testul Halstead-Reitan, aceasta este o baterie de 14 teste care acoperă o mare parte din sfera de performanţe (inclusiv evaluarea funcţiilor din partea stângă şi cea dreaptă ale creierului) şi furnizează o analiză a punctelor forte şi a

	răspunsul la indiciile verbale sau motorii ale examinatorului cu anumite indicii alternante. Durează 1,5–2,5 ore.	celor slabe din părți diferite ale funcționării creierului.

Tabelul 6.4 Teste de funcționare a percepției vizual-spațiale

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificația testului*
Testul Bender de gestalt vizual-motor (Bender Visual Motor Gestalt Test) Vârsta: 4+ ani	Să copieze nouă modele geometrice care îi sunt arătate, unul câte unul. Durează zece minute.	Este folosit pentru a evalua capacitatea de organizare și de copiere a stimulilor vizuali în tipare întregi. Numărul și tipul greșelilor pe care le face copilul sunt punctate și comparate cu standardele dezvoltate pentru copii de aceeași vârstă.
Testul Berry de integrare vizual-motorie (Berry Test of Visual Motor Integration) Varianta scurtă pentru vârstele 2–15 ani	Să copieze desene de forme geometrice, aranjate în ordine crescătoare a dificultății lor.	Ajută la evaluarea măsurii până la care indivizii își pot integra capacitățile vizuale și motorii. Desenele realizate de copil sunt comparate cu standardele dezvoltate pentru copii de aceeași vârstă.
Testul Rey-Osterrieth al figurii complexe (Rey-Osterrieth Complex Figure Test) Vârsta: 5+ ani	Să copieze o figură complicată și apoi să o deseneze din memorie.	Ajută la identificarea felului în care copilul se organizează și cât de bine își amintește ceea ce vede.

a. Teste de funcționare a percepției vizual-spațiale, inclusiv a funcțiilor motorii fine

Acest tip de teste implică de obicei desenul. Testele ajută examinatorul să vadă dacă și în ce fel copilul poate să copieze ceea ce vede.

b. Teste de funcționare a memoriei auditive și vizuale

Aceste teste ajută la clarificarea problemelor de citire sau a altor dificultăți de învățare cu care se confruntă copilul.

Alte teste menționate anterior oferă informații despre memorie. De exemplu, testele de performanțe școlare (tabelul 6.2) indică dacă fiul sau fiica dumneavoastră a memorat cunoștințe, dacă își poate aminti secvențe de procedee (ca atunci când efectuează împărțiri lungi) și poate face acest lucru la cerere.

Tabelul 6.5 Teste de funcționare a memoriei auditive și vizuale

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificația testului*
Evaluarea generală a memoriei și învățării (Wide Range Assessment of Memory and Learning) *(WRAML)* Vârsta: 5–90 ani	Să repovestească o poveste spusă de examinator și să repete propoziții. Să copieze modele din memorie, reproducând secvențe spațiale de lungime crescândă, și să învețe informații vizuale și verbale. Durează aproximativ 45 de minute.	Măsoară memoria de lucru și memoria de scurtă durată pentru informații vizuale și verbale, atenția și concentrarea, capacitatea de a-și reaminti și de a recunoaște după 20 de minute. Există șase teste esențiale: (1) memorie verbală (memoria pentru povești și învățarea verbală), (2) memoria vizuală (memoria modelelor), (3) atenția/ memoria de concentrare, (4) memoria de lucru, (5) memoria de recunoaștere verbală, (6) memoria de recunoaștere vizuală.
Scala Wechsler a memoriei pentru	Copilului i se dau diferite tipuri de	Examinează atenția și memoria de lucru, memoria

copii (Wechsler Children's Memory Scale) Vârsta: 5–16 ani	informații: un paragraf de citit, cuvinte pereche, imagini cu scene, portrete, diferite secvențe de cuvinte etc., apoi i se cere să și le amintească, uneori detaliat, alteori nu, imediat și după o scurtă pauză. Testarea durează în jur de 25–30 de minute și încă 25–30 de minute între secțiuni, pentru a parcurge tot materialul.	verbală și vizuală, memoria, o amânare scurtă sau lungă, amintirea și recunoașterea, precum și caracteristici specifice învățatului. Examinatorul poate folosi rezultatele pentru a compara memoria și capacitatea de învățare ale unui copil, atenția și achizițiile, cum este arătat în Scala Wechsler de inteligență pentru copii și Testul Wechsler de achiziții individuale.
Testul de învățare verbală California – Versiunea pentru copii (California Verbal Learning Test – Children's Version) Vârsta: 5–16 ani și 11 luni	Copilului i se citește o listă de cuvinte apoi el spune cât de multe cuvinte își poate aminti, imediat și după o pauză de 20 de minute.	Examinează câteva aspecte ale învățării verbale, ale strategiilor de învățare/ organizare și memoria/ capacitatea de evocare.
Testul Rey-Osterrieth al figurii complexe	Vezi tabelul 6.4	Vezi tabelul 6.4

Tabelul 6.6 Teste de atenție

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificația testului*
Subteste ale WISC (test de aptitudini) și ale WRAML (test de achiziții)	Vezi tabelele 6.1 și 6.4	Utilizat pentru a evalua abilitățile de atenție.
Testul drumului, Părțile A și B (Trail Making	Să conecteze puncte pe o foaie de hârtie,	Măsoară atenția, planificarea vizuală, secvențierea vizuală,

Test) Vârsta: 6+ ani	prin numere şi litere, folosind un creion.	planificarea, inhibiţia, schimbarea setului şi flexibilitatea psihică. Acest test este sensibil la starea cerebrală globală, dar nu şi la leziuni minore ale creierului.
CPT-ul lui Conners (test de performanţă continuă) (Conner's CPT (continuous performance test)) Vârsta: 4+ ani	Să execute la computer o sarcină care presupune apăsarea pe un buton al mouse-ului sau pe tasta space a tastaturii, atunci când apar anumite litere pe monitor; neapăsarea acestora la apariţia altor litere. Literele apar la intervale variabile de timp.	Necesită o atenţie sporită acordată sarcinii vizual-motorii, evaluează atenţia susţinută şi dependenţa de factori care distrag atenţia.
Testul de atenţie variabilă (TOVA) Test of Variable Attention) Vârsta: 6+ ani. Versiunea mai scurtă: vârsta: 4–5 ani	Să stea la calculator şi să execute o sarcină care constă în expuneri repetate a diferite două tipuri de pătrate. Să apese pe un buton de fiecare dată când un anumit pătrat apare pe ecranul monitorului. Durează în jur de 22 de minute; o variantă mai scurtă durează 11 minute.	Măsoară erorile prin omisiune (neatenţia) şi active (impulsivitatea) şi este folosit în diagnosticarea şi monitorizarea tratamentului pentru ADHD. Este furnizat un scor de ADHD, ca termen de comparaţie pentru un anumit grup de vârstă/gen ADHD.
NEPSY Vârsta: 3–12 ani	Să execute sarcini manuale, ca folosirea unor cuburi sau bile pentru a rezolva probleme. (Această variantă este	Evaluează cinci domenii: atenţie/funcţii executive, funcţionare senzoriomotorie, procesare vizual-spaţială, memorie şi învăţare.

	preferată mai ales de copiii mici.) Să asculte o casetă audio și să răspundă unor întrebări prin indicarea unei poze care reprezintă un anumit cuvânt sau să aleagă un cub de o culoare indicată. Să deseneze forme geometrice sau să taie cu o linie imaginiță-țintă folosind hârtie și creion.	Poate fi util în identificarea copiilor cu dizabilități de învățare, ADHD, tulburări de tip autist și probleme de vorbire și de limbaj.

c. Teste de atenție

Aceste teste ajută la clarificarea dificultăților apărute în procesul de observare, concentrare și atenție care pot interveni în învățare și pot contribui la problemele comportamentale de la școală și în afara ei. Termenul de *dificultăți ale funcțiilor executive* este folosit de obicei pentru a descrie probleme de atenție, organizare și planificare, asociate cu tulburări de învățare și de atenție (tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate – ADHD).

Testele pe calculator, ca de pildă scala Conners și TOVA (tabelul 6.6), oferă niște măsurători obiective ale problemei de atenție a copilului, precum și ale lipsei de concentrare și ale impulsivității. Aceste teste sunt utilizate mai degrabă pentru a monitoriza răspunsul la tratamentul medicamentos al unei probleme de deficit de atenție, decât pentru simpla identificare a sa.

Pentru a estima dacă fiul sau fiica dumneavoastră suferă de ADHD, se folosesc pașii anteriori, împreună cu diferite liste de verificare și chestionare, cum ar fi scala Conners (vezi tabelul 6.11). Astfel de teste sunt utile în diagnosticarea ADHD. Cel mai important factor în diagnosticarea corectă a ADHD este existența unui raport detaliat al dezvoltării timpurii a copilului, completat

cu observații actuale, realizate pe marginea chestionarelor și inventarelor, efectuate de către dumneavoastră și de profesorii copilului.

Chestionarele (liste de întrebări la care trebuie să se răspundă) și inventarele (liste de simptome care se bifează) care se concentrează pe simptomele principale de neatenție și distractibilitate, hiperactivitate și impulsivitate pot fi folosite periodic, pentru a măsura progresul înregistrat. Testele psihologice și neuropsihologice ajută la identificarea dizabilităților și a problemelor emoționale care pot să însoțească ADHD.

d. Teste de abilități ale funcției executive (abilități de rezolvare a problemelor);

Aceste teste sunt legate de dificultăți în inițierea, planificarea și organizarea informațiilor. De asemenea, ele evaluează și memoria de lucru (capacitatea de a reține informația în minte în timpul realizării unei sarcini complexe), flexibilitatea, urmărirea scopului și organizarea timpului. Testul funcției executive poate să indice cauza dificultăților de învățare ale copilului.

Tabelul 6.7 Teste de funcții executive

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificația testului*
Bender – Gestalt și subteste ale WISC	Vezi tabelele 6.1 (WISC) și 6.4 (Bender)	Furnizează o evaluare generală a abilităților funcțiilor executive ale copilului.
Testul drumului, părțile A și B	Să conecteze puncte pe o foaie de hârtie, prin numere și litere, folosind un creion.	Măsoară atenția, planificarea vizuală, secvențierea vizuală, planificarea, inhibiția, schimbarea setului și flexibilitatea psihică. Acest test este sensibil la starea generală a creierului, dar nu și la leziuni minore ale sale.

Sistemul Delis-Kaplan al funcției executive (D-KEFS) (Delis-Kaplan Executive Function System) Vârsta: 8–89 ani	Să se implice într-un format interesant, asemănător unui joc, care nu implică feedback corect sau greșit.	Evaluează zone-cheie ale funcției executive (rezolvarea de probleme, flexibilitatea gândirii, fluența gândirii, planificarea, inhibiția și raționamentul deductiv), atât în gândirea spațială, cât și în cea verbal-abstractă. Se crede că aceasta este o măsură a funcțiilor lobului frontal.
Testul Wisconsin de sortare a cărților de joc (Wisconsin Card Sort Test) Vârsta: 6,5 + ani	Să găsească reguli în privința aranjamentului de cărți de joc de diferite forme și culori.	Măsoară abilitatea nonverbală de rezolvare a problemelor și alte abilități cognitive. Acest test măsoară, de asemenea, capacitatea de a învăța concepte și flexibilitatea psihică. Este considerat ca o bună măsură a funcționării lobului frontal.
Testul categoriilor (Booklet Category Test) Vârsta: 5+ ani	Să privească litere, forme și modele, după care să identifice elementele comune dintr-un grup.	Măsoară capacitatea nonverbală de rezolvare a problemelor și raționamentul, învățarea regulilor, testarea ipotezei, învățarea de concepte și flexibilitatea psihică.
NEPSY Vârsta: 3–12 ani	Vezi tabelul 6.6	Vezi tabelul 6.6
Testul Turnul Londrei (Tower of London Test) Vârsta: 7+ ani	Să miște și să mute discuri de lemn dintr-un pivot vertical în altul, pentru a întregi Turnul Londrei.	Evaluează rezolvarea problemelor de o dificultate mai ridicată.
Testul Stroop Vârsta: 5+ ani	Să privească o serie de cărți de joc și, urmând instrucțiuni, să citească cuvinte și să numească culori.	Măsoară orientarea, atenția, concentrarea, schimbarea setului și inhibiția (capacitățile funcției executive), precum și flexibilitatea psihică și vitalitatea.

BCU IAȘI TEHNICĂ

e. Teste de aptitudini verbale

Acestea pot ajuta la clarificarea anumitor probleme în utilizarea limbajului şi în utilizarea sa. Copiii cu probleme de limbaj ar putea întâmpina dificultăţi cu participarea la ore şi cu învăţarea. Multe teste excelente sunt folosite pentru a evalua limbajul. În tabelul 6.8 voi descrie câteva dintre cel mai des întâlnite teste de acest fel.

Tabelul 6.8 Teste de limbaj

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificaţia testului*
Evaluarea clinică a elementelor de bază ale limbajului (Clinical Evaluation of Language Fundamentals) Vârsta: 5–21 ani	Să răspundă la întrebări adresate verbal prin indicarea imaginilor sau cuvintelor sau să răspundă cu propoziţii la imagini şi cuvinte rostite.	Testează capacitatea de înţelegere (limbaj receptiv) şi de a exprima idei (limbaj expresiv), printr-o serie de sarcini interactive.
Evaluarea înţelegerii limbajului vorbit (Comprehensive Assessment of Spoken Language) Vârsta: 3–21 ani	Să răspundă la întrebări prin diferite activităţi verbale.	Teste de identificare, diagnostic şi evaluare a rezultatelor pentru limbaj şi tulburările de comunicare receptivă şi expresivă.
Testul Boston al denumirilor (Boston Naming Test) Vârsta: 6+ ani	Să numească fiecare obiect atunci când i se arată 60 de imagini desenate în contur, reprezentând obiecte comune (pieptene, casă etc.).	Descoperă dificultăţi în numirea lucrurilor/găsirea cuvintelor şi este util în evaluarea copiilor cu dizabilităţi de învăţare.
Testul Peabody de vocabular în imagini (Peabody Picture Vocabulary Test) Vârsta: 2,6–90 ani	Copilului i se arată o foaie cu un număr de imagini alb-negru reprezentând diferite obiecte şi acţiuni şi i se cere să arate obiectul	Examinează achiziţiile de vocabular receptiv şi de aptitudini verbale la indivizii vorbitori de limbă engleză. Este utilizat pentru a evalua vocabularul

	sau acțiunea care este numită. De exemplu: „Care dintre ele se mișcă?"	receptiv (auzit) și ca test de monitorizare a aptitudinilor verbale.
Testul comprehensiv al procesării fonologice (CTOPP) (Comprehensive Test of Phonological Processing) Vârsta: 5,0–24,11 ani	Să asculte sunete; este întrebat dacă recunoaște vreunul, dacă își amintește să fi auzit vreun sunet și dacă îl poate identifica.	Evaluează capacitatea de a separa și combina sunete, o parte esențială a citirii timpurii. Persoane cu deficite ale unuia sau mai multor tipuri de abilități de procesare fonologică pot avea dificultăți mai mari de a învăța să citească în comparație cu ceilalți.

4. Teste de dezvoltare și funcționare emoțională generală

Testele anterioare s-au concentrat în primul rând asupra identificării tipului de învățare, de atenție și de tulburări cognitive. Dar copilul poate avea probleme emoționale, sociale și de adaptare din cauza acestor dizabilități cognitive. Așadar, când se evaluează un copil care a avut inițial o problemă de învățare, psihologul poate include teste de dezvoltare și funcționare emoțională generală, la fel cum le utilizează pentru evaluarea unui copil a cărui problemă este eminamente emoțională sau comportamentală.

Tabelul 6.9 Chestionare pentru testarea dezvoltării emoționale

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificația testului*
Inventarul multifazic de personalitate Minnesota (MMPI) (Minnesota Multiphasic Personality	Să completeze un chestionar care conține o serie lungă de întrebări cu răspunsuri de tip adevărat/fals.	Ajută la rezolvarea problemelor frecvent întâlnite de specialiști la adolescenți, cum ar fi probleme familiale, tulburări de alimentație și dependența de substanțe chimice. Această evaluare

Inventory) Vârsta: 13+ ani		a personalității și a stării emoționale este adesea utilizată împreună cu alte teste neuropsihologice și care pot mări înțelegerea reacțiilor la leziuni cerebrale.
Inventarul clinic pentru adolescenți Millon (Millon Adolescent Clinical Inventory) Vârsta: 13–18 ani	Completarea unui chestionar cu răspunsuri de tip adevărat/fals.	Evaluează o serie de caracteristici ale personalității. Răspunsurile adolescentului sunt comparate cu ale altora, care au tipare identificabile sau anumite caracteristici de personalitate și tulburări emoționale. Un specialist are nevoie de multă pregătire și de experiență clinică pentru a interpreta corect aceste teste și pentru a da un înțeles mai profund raportului generat de calculator.
Chestionarul de personalitate pentru copii (Children's Personality Questionnaire) Vârsta: 8–12 ani	Părintele răspunde la o listă de scurte descrieri ale comportamentului. De exemplu, lista poate include „își roade unghiile". Opțiunile de răspuns sunt „niciodată", „câteodată", „des" și „zilnic".	Măsoară 14 trăsături principale ale personalității, utile în înțelegerea și evaluarea dezvoltării personale, sociale și școlare a preadolescentului. Rezultatele cuprind interpretări narative despre subiecte cum ar fi creativitatea, stabilitatea emoțională, nivelul conceptiei de sine, excitabilitatea, înțelegerea și extraversia.
Scalele de evaluare de către părinți ale Sistemului	Părinții și/sau profesorii completează un chestionar referitor la comportamentul	Constă în cinci măsurători menite să adune informații din mai multe surse (profesor, părinte,

de evaluare a comportamentului pentru copii (BASC) (Parent's rating scales of the Behavior Assessment System for Children) Vârsta: 4–18 ani	copilului şi la simptomele observate acasă şi la şcoală. Durează 10–20 de minute.	observarea directă a elevului, relatările elevului şi istoricul structurat al dezvoltării), care pot fi folosite individual sau în orice combinaţie. Este menit să evalueze şi să identifice copii şi adolescenţi cu tulburări emoţionale şi dereglări comportamentale.

Aceste teste pot fi împărţite în două grupe:

a. *Teste de tip chestionar* au întrebări care necesită răspunsuri clare, de tipul „da", „nu", „niciodată", „adesea" etc.
   - De obicei, formularul este completat de copil, de dumneavoastră sau de examinator.
   - Formularul este apoi scorat (de multe ori de către calculator).
   - Pentru a putea administra acest tip de teste, nu este necesară multă experienţă.

b. *Testele proiective* pot avea o gamă largă de răspunsuri. De pildă, unui copil i se poate arăta o imagine neclară, iar el spune că „arată ca un liliac", sau, în cazul altei imagini, „băiatul (din poză) este trist pentru că şi-a dezamăgit tatăl".
   - Testul este administrat şi interpretat de către cineva experimentat. Voi discuta ambele tipuri de teste mai jos.

a. Teste de tip chestionar de dezvoltare emoţională

Primele două teste de tip chestionar din tabelul 6.9 au o istorie îndelungată şi sunt utilizate frecvent. Sistemul de evaluare comportamentală pentru copii, un test mai nou, se foloseşte din ce în ce mai des.

Rezultatele Inventarului multifazic de personalitate Minnesota pentru adolescenți și ale Inventarului clinic pentru adolescenți Millon sunt deseori interpretate de calculator. Pentru a oferi o interpretare mai aprofundată decât cea generată de calculator, este necesară multă pregătire și multă experiență clinică. Un scor la inventarul Millon prezentat fără o interpretare clinică poate fi destul de înșelător.

b. Teste proiective de dezvoltare emoțională

Testele proiective sunt bazate pe ideea că persoana căreia îi este arătată o imagine sau un model fără un sens anume îi va acorda un sens care va reflecta propria sa experiență. De exemplu, în Testul mâinii (care nu este descris în tabelul 6.10), un examinator va arăta imagini cu mâini în diferite poziții. Apoi privitorul este rugat să spună ce anume fac mâinile sau să inventeze o poveste despre ceea ce fac mâinile.

5. Teste pentru anumite categorii de tulburări emoționale și comportamentale

Aceste teste utilizează întrebări concentrate pe un anumit set de simptome, adică pe anumite tulburări. Testele sub formă de chestionare, enumerate mai jos, pot fi administrate sau scorate de personal fără pregătire de specialitate. Acelea care implică intervievare și observare necesită pregătire. Exemple ale unor tipuri diferite de teste se află în tabelul 6.11.

B. TESTE NEPSIHOLOGICE

Testele care urmează pot fi solicitate întrucât rezultatele unei evaluări psihologice necesită o evaluare de către un specialist. Sau ideea unei astfel de evaluări poate să apară după o evaluare clinică realizată de doctorul, terapeutul sau personalul școlii copilului.

1. Teste pentru identificarea anumitor tulburări senzoriale sau motorii

Un psiholog care administrează testele descrise poate observa un deficit în *vorbirea şi limbajul* copilului. Totuşi, de obicei, un *logoped* (specialist în domeniul vorbirii şi al limbajului) furnizează un diagnostic definitiv şi un plan de tratament. De asemenea, copilul poate fi supus unei serii de anumite teste, inclusiv de evaluare a auzului.

Tabelul 6.10 Teste proiective de dezvoltare emoţională

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificaţia testului*
Rorschach (numit după autorul testului, Hermann Rorschach)	Să privească zece cartoane standardizate, fiecare cu un model diferit de pete de cerneală, şi apoi să descrie toate formele, contururile sau imaginile pe care le identifică în acele modele.	Pe baza tiparului de răspunsuri ale copilului, un interpret/psiholog iscusit poate deduce semne de tulburări emoţionale şi intensitatea acestora, precum şi structura personalităţii.
Testul apercetiv pentru adolescenţi (Adolescent Apperception) Vârsta: 12–19 ani	Fiindu-i arătate 11 cărţi cu imagini care se concentrează pe interacţiunea cu părinţi, colegi şi fraţi, copilul trebuie să creeze o poveste pe baza fiecăreia.	Reprezintă o cale neintruzivă de a obţine informaţii în privinţa sentimentelor despre sine şi despre alte persoane.
Testul aperceptiv pentru copii (TAT) (Children's Apperception Test) Vârsta: 3–10 ani	Fiindu-i arătate 10 imagini care înfăţişează diverse animale, majoritatea aflându-se în situaţii sociale umane, să creeze o poveste pe baza acestora.	Este bazat pe ipoteza că de obicei copiilor mici le este mai uşor să vorbească despre desene interesante cu animale decât despre cele cu oameni.
Sistemul de desen kinetic pentru	I se cere să deseneze anumite lucruri:	Evaluatorul pune întrebări copilului despre

familie şi şcoală (Kinetic Drawing System for Family and School) Vârsta: 3+ ani	o imagine a familiei lui sau o persoană care face ceva.	desenul realizat şi utilizează nişte ghiduri standardizate pentru a trage câteva concluzii generale şi uneori specifice în privinţa vieţii emoţionale a copilului dumneavoastră.
Testul casei – copacului – persoanei (House – Tree – Person Drawing) Vârsta: 3+ ani	I se cere să deseneze o casă, un copac şi o persoană.	
Testul omului (Human Figure Drawing) Vârsta: 3+ ani	I se cere să deseneze o persoană.	

Tabelul 6.11 Teste pentru anumite categorii de funcţionare emoţională şi comportamentală

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificaţia testului*
Scala de evaluare a depresiei la copil (CDRS-R) (Revised Children's Manifest Anxiety Scale) Vârsta: 6–12 ani	I se pun întrebări de către un intervievator, în legătură cu 17 subiecte. Durează 15–20 de minute.	Evaluează severitatea dispoziţiei depresive, acoperind cinci zone de simptome depresive.
Inventarul de depresie pentru copii (CDI) (Children's Depression Inventory) Vârsta: 6–17 ani	Răspunde unor întrebări, pe hârtie şi cu creionul, despre sentimentele sale din ultimele două săptămâni. Alege cea mai bună variantă de răspuns din cele trei propuse pentru fiecare	Evaluează severitatea dispoziţiei depresive, acoperind cinci zone de simptome.

	din cele 27 de întrebări. Durează 10 minute. Se administrează individual sau pe grupuri.	
Scala revizuită de anxietate manifestă la copii (RC MAS) (Children's Depression Rating Scale) Vârsta: 6+	I se pun întrebări de către un intervievator, la care se răspunde cu da sau nu, cu privire la 28 de subiecte. Durează 5 minute.	Evaluează severitatea anxietății.
YBOCS (Scala obsesiv-compulsivă Yale-Brown) (Yale – Brown obsessive – compulsive Scale) Vârsta: 6+	I se pun zece întrebări despre diferite comportamente și experiențe interioare. Testul a fost recent trecut într-un format de autoadministrare și este scorat de calculator.	Evaluează severitatea obsesiilor și compulsiilor, indiferent de numărul și tipul de obsesie sau compulsie existente.
Scalele Conners pentru deficit de atenție/ hiperactivitate (Conners' Attention Deficit Hiperactivity Disorder Scales) Vârsta: 3–17 ani	Profesorul, părintele și copilul completează chestionare separate, care conțin simptome legate de ADHD și care nu au legătură cu ADHD, cotate pe o scală de la 0 la 3. Durează maxim 20 de minute.	Evaluează prezența ADHD și problemele de conduită, problemele cognitive, familiale și emoționale, cum ar fi controlul furiei și anxietatea.
Testul de observație pentru diagnosticul autismului (ADOS) (Autism Diagnostic Observation Scale) Pentru toate vârstele și nivelurile.	Să se implice în diferite tipuri de activități, în timp ce este monitorizat pentru apariția unor comportamente care au fost identificate ca fiind importante în diagnosticarea autismului și a altor tulburări pervazive de dezvoltare.	Evaluează comunicarea, interacțiunea socială, jocul și utilizarea imaginativă a materialelor.

Teste de evaluare a autismului din copilărie (CARS) (Childhood Autism Rating Scales) Vârsta: 2 ani–adult	Părinţii sunt intervievaţi sau un evaluator observă copilul, pentru a stabili nivelurile abilităţilor generale de dezvoltare, aptitudinile de socializare şi de adaptare.	Îi identifică pe copiii care suferă de autism şi face diferenţierea între ei şi copiii cu handicap de dezvoltare, care nu sunt autişti.
Testul de diagnostic al sindromului Asperger (ASDS) (Asperger's Syndrome Diagnostic Test) Vârsta: 5–18 an	Orice persoană care vă cunoaşte copilul sau adolescentul (*părinţi, profesori, fraţi, psihiatri şi alţi specialişti*) completează acest test de 50 de itemi cu răspunsuri de tip da sau nu. Durează 10–15 minute.	Identifică prezenţa sindromului Asperger prin evaluarea funcţionării cognitive, comportamente maladaptative, limbaj, funcţionarea senzorio-motorie şi socială.

Numeroase liste de verificare/teste nu se concentrează pe o anumită categorie de simptome, dar evaluează o gamă largă de tulburări (tabelul 6.12).

Copilului poate să i se pară foarte greu să îşi coordoneze mişcările corpului. Acest lucru poate fi cauzat de un deficit în *funcţionarea motorie şi/sau senzorială*. În special la copiii mici, problemele cauzate de integrarea motorie (musculară) sau senzorială deficitară pot să însoţească sau să contribuie la dificultăţi emoţionale şi comportamentale.

Copilul poate avea probleme cu *funcţionarea motorie fină* (mişcările degetelor, ale mâinii, ale braţului), de pildă cu capacitatea de a desena, de a scrie şi de a cânta la un instrument muzical. În acest caz, un *terapeut ocupaţional*, TO, poate asigura un diagnostic şi un tratament. Totodată, terapeuţii ocupaţionali evaluează şi tratează probleme identificate ca disfuncţii ale integrării senzoriale. Evaluarea realizată de către TO, utilizând probabil Teste de integrare şi practică senzorială (Sensory Integration and Praxis Test – SIPT), include o evaluare a văzului,

auzului, gustului şi a diferitelor tipuri de senzaţii tactile ale copilului: durere, temperatură, presiune şi mişcare.

Tabelul 6.12 Teste pentru diverse tulburări emoţionale şi comportamentale ale copilăriei

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificaţia testului*
Lista Achenbach de comportamente ale copilului (Achenbach Child Behavior Checklist) Vârsta: 4–18 ani	*Părinţii* completează un formular cu răspunsuri la 118 întrebări despre problemele comportamentale şi aptitudinile sociale ale copilului lor, care sunt notate pe o scală cu trei puncte: „neadevărat, adevărat, adesea adevărat".	Se concentrează pe un interval ales de anumite tulburări. Există cinci scoruri ale scalei. Este creat să evalueze, într-o formă standardizată, problemele comportamentale şi competenţele sociale ale copiilor, aşa cum sunt descrise de părinţi.
Interviul pentru copii pentru sindroame psihiatrice (ChIPS) (Children's Interview for Psychiatric Syndromes) Vârsta: 6–18 ani	*Părinţii şi copiii mai mari* (adolescenţi) sunt intervievaţi pentru aproximativ 30 de minute, într-un format structurat, cu întrebări verbale simple, legate de simptomele a 20 de tulburări psihiatrice.	Realizează un screening pentru 20 de tulburări, precum şi pentru factori de stres psihologici şi sociali.
Inventarul de personalitate pentru copii (PIC) (Personality Inventory for Children) Vârsta: 5–19 ani	*Părinţii, copilul şi profesorul* completează fiecare un chestionar de 275 de itemi cu răspuns „adevărat" sau „fals". Durează aproximativ 40 de minute.	Evaluează deteriorarea cognitivă, disfuncţia familială, disconfortul psihologic, impulsivitatea şi lipsa concentrării, deformarea realităţii, retragerea socială, delincvenţa, problemele somatice, deficitele aptitudinilor sociale. Împreună, testele asigură o imagine integrată a adaptării copilului acasă, la şcoală şi în comunitate.

Sistemul de evaluare a comportamentului pentru copii (BASC) (Behavior Assessment System for Children)	Vezi tabelul 6.9	Vezi tabelul 6.9

Tabelul 6.13 Teste pentru cauze medicale ale tulburărilor psihologice

Denumirea testului	*Ce are de făcut copilul*	*Semnificaţia testului*
Analize sangvine	I se ia sânge, iar acesta este analizat la microscop pentru anomalii, care pot fi semnele unei boli.	Verifică existenţa unor probleme, ca de pildă boli tiroidiene, diabet sau anemie, care pot cauza dificultăţi emoţionale şi comportamentale.
EEG	Un test al funcţiilor cerebrale care evaluează, nedureros, normalitatea activităţii electrice a creierului.	Este folosit atunci când există motive pentru a crede că problemele emoţionale, comportamentale sau de învăţare pot rezulta din funcţionarea electrică neregulată a creierului.
RMN, tomografii, SPECT	Creează imagini ale creierului asistate de calculator.	Sunt folosite doar dacă există anumite semne că problema copilului poate fi cauzată de o anomalie cerebrală (cum ar fi o leziune a ţesutului cerebral, o tumoare sau o deformitate), care poate fi văzută cu ajutorul acestor teste.

Evaluarea urmăreşte îndeaproape modul în care sensibilităţile în diferite sfere au impact asupra funcţionării motorii, sociale,

educaționale și emoționale. Un terapeut ocupațional este pregătit să folosească diferite activități care pot ajuta la refacerea fizică și emoțională a copilului.

Pentru a evalua și trata probleme de funcționare motorie, un *fizioterapeut* (specialist în tulburări de forță și coordonare motorie) poate lucra cu copilul dumneavoastră. Acesta este un expert în probleme care implică grupe musculare mari, cele care îi permit unui copil să alerge, să danseze și să lovească o minge.

2. Teste pentru evidențierea unei probleme medicale

În general, testele de laborator sau cele instrumentale nu se realizează decât dacă există vreun semn al unei probleme medicale (pe baza informațiilor obținute în timpul evaluării clinice efectuate de către pediatru, neurolog, psihiatru sau în timpul testării de către psiholog).

CINE *FACE* TESTAREA ȘI CINE *DOREȘTE* INFORMAȚIILE?

CINE FACE TESTAREA?

Primele teste pentru evaluarea unei probleme de învățare sunt administrate, de obicei, de un *psiholog* care are cel puțin master în psihologie școlară sau în psihologie clinică. Această primă evaluare include teste de inteligență generală/aptitudini (WISC IV etc. de la A1, de mai jos), de performanță școlară generală/achiziții (WRAT etc. de la A2, de mai jos) și pentru anumite aptitudini școlare (matematice/de citire) (Nelson-Denny, testul Key de la A2, de mai jos).

Testele mai complexe de evaluare a funcțiilor cognitive, care vizează anumite capacități de procesare a informațiilor ce stau la

baza învățării (Bender, Rey-Osterrieth, Delis-Kaplan etc. de la A3, de mai jos), sunt administrate, de obicei, de către doctori în psihologie cu formare suplimentară în neuropsihologie și care se numesc *neuropsihologi*. De obicei, companiile de asigurări nu acoperă aceste testări mai complexe, decât dacă este investigată o anumită problemă medicală sau psihiatrică/mentală.

Tabelul 6.14 Cine face evaluările?

Specialist	*Administrează și interpretează teste complexe pentru probleme de învățare, emoționale și comportamentale* *Teste A1 – 4*	*Administrează scale și teste simple pentru anumite tipuri de dificultăți emoționale și comportamentale.* *Teste A5*	*Recomandă și interpretează teste medicale pentru probleme de învățare, emoționale și comportamentale.* *Teste B2*
Psiholog	Da	Da	Nu
Psihiatru	Nu	Da	Da
Neurolog	Nu	Da	Da
Pediatru	Nu	Da	Da

Testele de screening al dezvoltării emoționale generale și ale funcționării (MMPI, teste proiective etc. din A4, de mai sus) sunt administrate de către *consilieri școlari* sau *psihologi* care au cel puțin diplomă de master sau, de obicei, doctoratul. Testele proiective de dezvoltare emoțională mai complicate necesită, adesea, capacitatea și pregătirea unui doctor în psihologie. Testele pentru un anumit tip de funcționare emoțională și comportamentală (depresie, anxietate și teste pentru ADHD etc. din A5, de mai sus) pot fi utilizate de orice tip de specialist — *psihiatru, psiholog, neurolog sau pediatru* — în timpul evaluării inițiale.

Logopezii, terapeuții ocupaționali și fizioterapeuții administrează teste legate de anumite zone. Testele medicale și electroencefalograma pot fi recomandate de către orice tip de specialist.

Rezultatul electroencefalogramei este de obicei interpretat de către un *neurolog*.

CINE DOREȘTE INFORMAȚIILE?

Dacă fiul sau fiica dumneavoastră are o problemă de învățare, atunci *dumneavoastră, profesorul clasei, specialiștii în educație specială* și restul personalului vor să știe mai multe despre cauzele acesteia. Aceștia ar dori ca fiul sau fiica dumneavoastră să fie testat pentru anumite tulburări de învățare și pentru ADHD. Simptome ca neatenția și lipsa de concentrare, precum și hiperactivitatea și impulsivitatea pot contribui semnificativ la dificultatea de învățare a copilului. Cu o informare bună, profesorii copilului pot alege metode de predare a lecțiilor specifice problemei sale. *Personalul de consiliere al școlii* va putea să lucreze cu el pentru a rezolva problemele emoționale și comportamentale.

În mod similar, *specialistul în sănătatea mentală* care vă tratează copilul ar putea găsi utile diferite teste psihologice:

- Rezultatele testării psihologice care evaluează dezvoltarea emoțională generală (MMPI sau Mellon) pot evidenția punctele forte și vulnerabilitățile copilului.
- Testele cognitive care oferă informații despre procesarea limbajului și capacitatea de raționare abstractă ajută la planificarea și orientarea tratamentului.
- Testarea proiectivă psihologică, împreună cu chestionarele pentru anumite tipuri de dificultăți emoționale, ajută la înțelegerea naturii și a extinderii problemei emoționale a copilului, precum și a punctelor forte care pot ghida terapia medicamentoasă și psihoterapia.

Întrucât testele psihologice complexe sunt foarte costisitoare, ele sunt folosite în general numai pentru probleme emoționale și

comportamentale mai complicate şi neclare. Când nu este disponibilă o testare mai complexă, testele pentru anumite tipuri de funcţionare emoţională şi comportamentală care au incluse în test interpretări ale rezultatelor (scalele de depresie, anxietate şi ADHD etc. din A5, de mai sus) pot fi administrate de un psiholog, psihiatru sau de un asistent social şi pot fi folosite pentru a ghida tratamentul.

Un medic poate dori teste medicale sau neurologice atunci când investighează şi tratează problemele emoţionale, comportamentale sau de învăţare ale copilului dumneavoastră.

UNDE ESTE FĂCUTĂ EVALUREA?

De obicei, testarea se face la cabinetul persoanei care administrează testele. Sunt importante două distincţii practice. Prima este dintre testarea care se face *în sistemul şcolar* şi cea *din afara lui.* Majoritatea sistemelor şcolare au psihologi care pot administra teste de inteligenţă generală, teste de performanţe şcolare, teste de aptitudini şcolare specifice şi câteva teste proiective simple. Specialistul în educaţie, de obicei profesorul de educaţie specială, evaluează de asemenea performanţa şcolară şi aptitudinile. Această testare din interiorul şcolii este o parte a evaluării psiho-educaţionale.

Uneori este nevoie de o testare mai complexă pentru a clarifica o problemă şi pentru a determina nevoia de tratament. În plus, un copil poate fi trimis la cineva din comunitate, cu abilităţile şi experienţa de a administra aceste teste mai complexe. De obicei, această testare este plătită de sistemul şcolar. Totuşi, responsabilităţile financiare diferă în funcţie de ţară. Apelaţi la legile şi reglementările referitoare la educaţia specială din ţara dumneavoastră. Având în vedere că, în ziua de azi, bugetele şcolare sunt destul de limitate, personalul şcolar poate să ezite să vă

trimită copilul la o testare în afara şcolii. Ca părinte, poate fi necesar să susţineţi cu tărie interesul copilul pentru o testare mai amănunţită, mai ales dacă planul de tratament bazat pe testarea din interiorul şcolii nu pare să aibă rezultate.

A doua deosebire este între testarea administrată de *mai mulţi specialişti privaţi* şi cea de *o echipă de specialişti dintr-un spital sau dintr-un centru medical*. Specialiştii individuali pot fi competenţi, însă eu cred că oamenii care colaborează şi evaluează zilnic au şanse mai mari să comunice mai bine decât ceilalţi. Situaţiile complexe necesită de obicei mai multe tipuri de specialişti: neurolog, psihiatru de copii, psiholog, pediatru, logoped şi terapeut ocupaţional. Atunci când un părinte doreşte o imagine clară asupra unei probleme foarte complicate, comunicarea dintre specialişti are un rol crucial. Aşadar, în astfel de cazuri vă recomand o abordare de echipă.

UN EXEMPLU CLINIC

Mai jos este un exemplu de „de ce, ce şi cine" al unei evaluări neuropsihologice.

David era un copil nefericit de opt ani şi jumătate, trimis la o evaluare psihologică de către personalul şcolar şi părinţii săi. Era din ce în ce mai nemulţumit la şcoală şi începuse să evite activitatea din clasă. Învăţătoarea sa a spus că David avea dificultăţi de concentrare şi participare la ore, mai ales la activităţi dificile. Părea să fie cu gândul în altă parte şi pierdea mult din ce se preda în clasă. Cu cât activitatea era mai dificilă, cu atât el părea să fie mai mult în lumea sa.

David întâmpina dificultăţi la scris. Uneori scrisul său era atât de neîngrijit, încât nici el nu-l putea descifra. Într-o zi a izbucnit în lacrimi deoarece copiii îl tachinau pentru că nu putea citi ce

scrisese pe tablă. David putea să comunice verbal, însă de multe ori nu observa greşelile pe care le făcea în limbajul vorbit şi scris. Îi era greu să răspundă adecvat la indicaţiile învăţătoarei sale. De asemenea, avea dificultăţi în organizarea şi estimarea timpului şi în ordinea secvenţelor necesare pentru a îndeplini o sarcină primită. Părea să fie imatur şi, într-o oarecare măsură, manipulator.

Acasă, părinţii lui David au observat că nu voia să citească şi că prefera să se uite la televizor. Avea probleme în urmărirea unei poveşti. De asemenea, avea probleme cu relaţiile: era izolat atât în cadrul şcolii, cât şi în afara ei. Tendinţa sa de distanţare îl făcea să pară mai puţin prezent şi interesat de ce se întâmpla în jurul său. Ceilalţi elevi se fereau să îl roage să se implice într-o activitate, iar el era sensibil la respingere.

Părinţii lui David s-au întâlnit cu personalul şcolii, sperând să obţină o evaluare psiho-educaţională în şcoală, dar psihologul şcolii era bolnav şi avea să revină în câteva luni. Având în vedere că starea lui David se înrăutăţea, părinţii săi nu doreau să aştepte şi au cerut ca fiul lor să înceapă direct cu un psiholog din afara şcolii. Conducerea şcolii a fost de acord şi a programat evaluarea.

Părinţii lui David s-au întâlnit cu un psiholog clinic din comunitate, specializat în evaluări neuropsihologice. Psihologul şi-a petrecut timp cu părinţii lui David pentru a aduna informaţii despre acesta, informaţii care să-l ajute să evalueze nivelul de funcţionare cognitivă şi comportamentală al copilului. Apoi a vorbit cu David aproximativ jumătate de oră înainte de administrarea testelor, care au durat în jur de şase ore, pe parcursul a trei zile. În acele trei şedinţe psihologul a realizat o evaluare formală.

- Pentru a evalua capacitatea generală şi inteligenţa (potenţialul), psihologul a utilizat Scala Wechsler de inteligenţă pentru copii. A obţinut un IQ total de 110, scor situat în zona medie superioară.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

- Pentru a evalua achizițiile (ce a învățat cu adevărat), a folosit Testul de achiziții Woodcock – Johnson și Testul Gray de citire orală (test psihologic din gama testelor de performanță școlară). El era chiar la sau sub nivelul clasei sale la citire și peste nivelul clasei la matematică.
- Pentru a evalua funcționarea vizual-spațială și motorie (proces care stă la baza citirii), a folosit Testul figurii complexe Rey – Osterrieth, precum și Testul de integrare vizual-motorie Beery. Se afla sub medie.
- Pentru a evalua performanța limbajului (alt proces care stă la baza învățării), a folosit Evaluarea comprehensivă a limbajului vorbit. A obținut un scor mediu.
- Pentru a evalua dezvoltarea emoțională generală și funcționarea copilului, a aplicat Testul aperceptiv pentru copii și sistemul de desen kinetic pentru școală și familie (test proiectiv care necesită o interpretare competentă). Poveștile sale din timpul CAT erau de regulă despre un copil care era trist și dezamăgit de sine și tachinat de alții.
- Pentru a evalua anumite categorii de dificultăți emoționale, i-a rugat pe David, pe părinții săi și pe câțiva dintre profesorii săi să completeze Testele Conners de deficit de atenție și Lista Achenbach de comportamente ale copilului (chestionare care măsoară anumite tipuri de comportamente). Punctajul obținut a fost ridicat pe scala tulburărilor de atenție și la lista de verificare a scalelor de internalizare (compatibile cu depresia).

Câteva săptămâni mai târziu, după ce psihologul a revăzut și a evaluat rezultatele testării, s-a întâlnit cu David și cu părinții lui pentru a le explica ce anume a aflat și ce poate însemna acest rezultat în privința învățării și a problemelor sale comportamentale. De asemenea, el a rezumat concluziile într-un raport scris, pe care l-a oferit familiei.

A spus că David era un băiat inteligent, cu un potențial bun. Avea suficiente probleme cu funcționarea atenției și de execuții,

pentru a putea fi diagnosticat cu tulburare de deficit de atenţie. De asemenea, credea că David suferă de o anumită tulburare de învăţare în procesarea limbajului scris, iar acest lucru se manifesta în probleme de citire şi scriere. Ambele sale probleme de atenţie şi limbaj indicau motive pentru care el nu se ridica la potenţialul său.

David prezenta unele semne de imaturitate emoţională şi câteva semne timpurii ale unei uşoare reacţii depresive care contribuiau la faptul că imediat se simţea incompetent şi se retrăgea dintr-o sarcină dificilă.

Ca etapă a unui program de tratament total, psihologul a recomandat consultaţii suplimentare cu un psihiatru de copii pentru a-l evalua pe David şi pentru a prescrie medicamente care să-l ajute cu tulburarea de deficit de atenţie. De asemenea, a mai făcut anumite recomandări pentru a-i ajuta pe profesorii lui să lucreze mai eficient, cu privire la problemele lui de citire şi scriere, precum şi de atenţie. Învăţătoarea a mutat scaunul lui David în faţa clasei, pentru a-l ajuta să nu fie distras de activitatea celorlalţi copii şi să fie mai atent la ea.

* * *

Psihologul a sugerat consiliere parentală şi psihoterapie individuală pentru David, pentru a-i ajuta să gestioneze mai bine problemele de atenţie, depresia şi dificultăţile cu stima de sine.

După ce veţi fi citit acest capitol, veţi putea să înţelegeţi mai multe din evaluările la care trebuie să fie supus copilul dumneavoastră şi din informaţiile pe care vi le oferă specialistul. Vă puteţi întoarce la acest capitol atunci când discutaţi cu terapeutul copilului, cu personalul şcolar sau cu psihiatrul (vezi Capitolul 7, despre ajutoare), care pot folosi evaluări psihologice sau neuropsihologice pentru a planifica şi a realiza un tratament (vezi Capitolele 8, 9 şi 10 despre tratament).

Capitolul 7
Întrebări despre tratament: cine sunt persoanele care oferă ajutor și unde se află ele?

Odată ce vă hotărâți să apelați la ajutor de specialitate pentru copilul dumneavoastră, vă veți întâlni cu o serie de persoane care pot oferi consultații și tratamente. Domeniul sănătății mentale a copilului include psihiatri de copii, psihologi, asistenți sociali, terapeuți de familie și de cuplu, consilieri psihologici și alte persoane. Obiectivul acestui capitol este să vă ajut să cunoașteți diferite tipuri de specialiști și cadrul tratamentului.

BCU IAȘI

STRUCTURA CAPITOLULUI 7

Voi începe acest capitol cu câteva idei de reținut pe măsură ce căutați și colaborați cu un specialist. Apoi voi prezenta informații despre anumite tipuri de persoane care oferă ajutor din domeniul sănătății mentale a copilului. Aceste informații vor cuprinde:

- Pregătirea și cuoștințele lor;
- Ce deosebește o persoană care oferă ajutor de alta.

Aceste informații vă vor ajuta să găsiți pe cineva cât mai potrivit pentru nevoile copilului, să aveți așteptări realiste în privința a ce vă poate oferi sau nu un anumit specialist și să fiți mai bine implicat în tratamentul copilului.

Apoi, voi discuta despre diferite instituții unde lucrează specialiștii. Știind prin ce se deosebește o instituție de alta, veți putea să apelați la cele mai adecvate resurse pentru problemele copilului dumneavoastră. Voi aborda în mod special aspectul serviciilor ambulatorii din clinici și diferite niveluri de servicii pentru pacienții internați, de la școli terapeutice la internări ambulatorii și la tratamente rezidențiale.

ÎNAINTE SĂ APELAȚI LA AJUTOR DE SPECIALITATE

Pentru mulți părinți, îndrumarea copilului către un specialist se face printr-o conversație telefonică cu un agent al unei companii de asigurări medicale. În general, persoana care face îndrumarea nu îl cunoaște pe specialistul respectiv. O asemenea trimitere nu este cu mult mai personală decât dacă ați fi căutat la întâmplare

un specialist în Pagini Aurii sau în cartea de telefon. Pe de altă parte, compania de asigurări trebuie să se asigure că persoana pe care o recomandă are o pregătire profesională şi acreditări adecvate.

Dacă faceţi parte dintr-un program de asigurări medicale, vă recomand să vă contactaţi întâi pediatrul sau medicul de familie, înainte să apelaţi la firma de asigurare pentru a obţine un nume. Doctorul este în legătură cu specialişti din comunitatea dumneavoastră şi vă poate oferi o îndrumare mai bună. În general, dacă găsiţi pe cont propriu un specialist, compania de asigurări nu îl va plăti decât dacă acesta se află deja în lista companiei de asigurări.

În timpul interviului iniţial, veţi discuta despre dificultăţile copilului şi veţi decide dacă doriţi ca acest specialist să lucreze cu copilul. Dacă, în timpul interviului preliminar, simţiţi că dumneavoastră sau copilul nu vă potriviţi cu un anumit specialist, este perfect justificat să întrebaţi pe altcineva pentru a găsi persoana potrivită. Desigur, această libertate de a alege o persoană mai potrivită poate fi limitată, dacă numărul de specialişti din zona în care vă aflaţi este mic. Pentru o discuţie cu privire la elementele de reţinut atunci când căutaţi un tratament, vezi Capitolul 12, *Costurile tratamentului: bani, energie şi timp*.

Reţineţi că serviciile de sănătate mentală sunt acum mai liberale şi mai cooperante decât în trecut. Sunteţi încurajat să vă implicaţi într-un ajutor specializat pentru copilul dumneavoastră, aşa că nu mai sunteţi nevoit să aşteptaţi „în linişte" în timp ce specialistul „lămureşte lucrurile" şi „îl repară". Pentru un tratament bun, este esenţial ca şi dumneavoastră, ca părinte, să vă împărtăşiţi observaţiile şi temerile. Nu ezitaţi să răspundeţi la întrebări:

- Despre dificultăţile copilului dumneavoastră.
- Despre interacţiunile cu copilul.
- Despre interacţiunile altei persoane cu copilul dumneavoastră.

- Despre înțelegerea copilului de către specialist și despre tratamentul oferit.

Dacă ceva vă este neclar sau nu pare să meargă într-o direcție care să aibă efecte, întrebați. De pildă, când copilul se află sub un tratament medicamentos care nu pare să aibă rezultate, nu îl întrerupeți pur și simplu și renunțați să mai veniți la medici. Reveniți și spuneți doctorului despre observațiile, îndoielile și dezamăgirile dumneavoastră. Împreună cu specialistul în sănătate mentală pentru copii încercați să abordați unele chestiuni complexe. Cu cât reușiți să comunicați mai bine unul cu celălalt, cu atât este mai probabil să rezolvați problema.

În cele ce urmează voi descrie opt tipuri de specialiști pe care îi puteți întâlni în încercarea dumneavoastră de a găsi ajutor pentru copil. Voi începe cu persoana la care puteți apela prima dată, doctorul copilului, și apoi voi continua, în linii mari, în ordine crescătoare a pregătirii, cu specialiștii în sănătate mentală pentru copii. Aceste persoane sunt:

- Pediatru/medic de familie
- Psihiatru de copii
- Psiholog clinician
- Neuropsiholog
- Asistent social
- Terapeut de familie
- Consilier de sănătate mentală
- Consilier școlar

Pentru fiecare tip de specialist, voi descrie pregătirea lui, câteva deosebiri dintre el și alt specialist și cum să îl găsiți.

CINE SUNT PERSOANELE CARE OFERĂ AJUTOR?

PEDIATRU/MEDIC DE FAMILIE

Acest specialist a urmat medicina şi apoi încă trei până la cinci ani de pregătire de specialitate în domeniul sănătății copilului sau a familiei. Medicul de familie al copilului reprezintă un început bun al discutării îngrijorărilor dumneavoastră, întrucât pediatrul sau medicul familiei dumneavoastră este interesat atât de sănătatea mentală, cât şi de cea fizică. Pentru că unele dificultăți de comportament pot fi rezultatul unei probleme medicale, este bine să obțineți o evaluare şi o consultație din partea medicului copilului înainte de a vă întâlni cu unul dintre ceilalți specialişti, de mai jos. În general, pediatrii sau medicii de familie nu asigură psihoterapie, dar ar putea monitoriza şi prescrie câteva dintre medicamentele utilizate pentru tratarea dificultăților emoționale şi comportamentale. Pediatrul vă poate ajuta prin trimiterea la un specialist adecvat în sănătate mentală pentru copii.

Un pediatru de dezvoltare este un pediatru cu doi până la trei ani de pregătire suplimentară de specialitate în dezvoltarea şi comportamentul copilului. Acest tip de specialist diagnostichează şi tratează tulburările complexe de dezvoltare şi comportament ale copilăriei. De obicei, pediatrul de dezvoltare nu este implicat în psihoterapie, dar oferă recomandări şi trimiteri pentru alte tipuri de tratament, adecvate problemei copilului. Acest tip de specialist va monitoriza şi prescrie medicamentele folosite pentru a trata dificultățile de dezvoltare şi de comportament şi, deseori, colaborează cu alt specialist în sănătate mentală pentru copii, cum ar fi un asistent social sau un psiholog.

Un *asistent medical specializat* are pregătire în pediatrie şi psihofarmacologie. Această persoană lucrează frecvent împreună cu un pediatru sau cu un psihiatru de copii şi monitorizează

tratamentul medicamentos şi starea mentală generală ale copilului. În unele regiuni ale SUA, asistenţii medicali specializaţi pot avea propriul cabinet.

PSIHIATRUL DE COPII

Psihiatrul de copii a urmat Facultatea de Medicină şi apoi a făcut trei până la patru ani de pregătire de psihiatrie generală, după care încă doi ani de specializare în psihiatrie pentru copii. Datorită pregătirii, acest specialist are o înţelegere cuprinzătoare a cauzelor ce ţin de dezvoltare, a cauzelor medicale/biologice, psihologice şi familiale ale problemelor emoţionale şi comportamentale care apar în timpul copilăriei. Psihiatrul de copii este singurul specialist în sănătate mentală pentru copii cu formare în domeniul tulburărilor emoţionale şi comportamentale ale copilăriei care poate să asigure o psihoterapie şi să prescrie medicamente. Din anii '80, tratamentul medicamentos a devenit complicat, iar utilizarea sa pentru copii a crescut. Aşadar, astăzi, psihiatrii de copii îşi pot limita activitatea profesională la evaluarea copilului, clarificarea şi identificarea problemei şi prescrierea de medicamente. Totuşi, unii dintre ei încă se ocupă cu prescrierea medicamentelor şi furnizarea de psihoterapie.

După evaluarea şi prescrierea de medicamente, psihiatrul de copii vă poate trimite copilul la un coleg, care să asigure tratamentul psihoterapeutic: psiholog, asistent social sau alt terapeut autorizat. De obicei, psihiatrul se va consulta periodic cu terapeutul pe perioada tratamentului.

Pe lângă faptul că puteţi solicita unui pediatru sau unui psihoterapeut o trimitere la un psihiatru de copii, puteţi găsi acest profesionist la categoria „specialişti" din Pagini Aurii.

Din păcate, în SUA sunt mai puţini psihiatri de copii cu o pregătire completă decât este necesar. În zonele unde nu există

psihiatru de copii, pediatrul, medicul de familie sau psihiatrul generalist/pentru adulți prescrie medicamente și solicită analize medicale, în timp ce un profesionist specializat în copii, care nu este medic, asigură psihoterapia.

PSIHOLOGUL CLINICIAN

Acesta are o formare postuniversitară de trei până la cinci ani, obținând o diplomă de masterat sau de doctorat în psihologie. Pregătirea pentru titlul doctoral este mai lungă, mai riguroasă și mai avansată decât cea de masterat. Dacă problema copilului este mai complicată, ați putea dori să fie tratat de o persoană cu mai multă pregătire. Un psiholog de copii a beneficiat de o pregătire suplimentară pentru a lucra cu copiii și este singurul specialist care poate realiza o testare emoțională și cognitivă complexă *și*, totodată, poate asigura și tratamentul psihoterapeutic.

Nu toți psihologii clinicieni fac și testare, și terapie; unii se specializează într-un singur domeniu. Testarea administrată de către psiholog este folosită pentru a identifica, explica și ghida tratamentul problemelor emoționale, comportamentale și de învățare ale copilului. (Vezi Capitolul 6 pentru mai multe informații despre testarea psihologică.)

NEUROPSIHOLOGUL

Neuropsihologul este un psiholog clinician cu o pregătire de nivel doctoral (PhD, EdD, PsyD), care a urmat o formare avansată în teste complexe pentru tulburări cognitive/de învățare (vezi Capitolul 6). De obicei, veți fi trimis la un neuropsiholog de către pediatrul/medicul dumneavoastră de familie, psihiatrul de copii sau de alt specialist din domeniul sănătății mentale sau din

personalul şcolii. Neuropsihologii se află la categoria „Psihologi" din Pagini Aurii.

ASISTENTUL SOCIAL

Asistentul social are pregătire postuniversitară de cel puţin doi ani, învăţând cum să ofere psihoterapie pentru indivizi şi familii. El este specializat în tratamente psihologice şi psihosociale (grupuri şi programe).

Câteodată, oamenii confundă activitatea unui asistent social cu cea a unui funcţionar care se ocupă de probleme sociale (uneori numit şi „asistent social"). Funcţionarul pe probleme sociale lucrează de obicei pentru servicii de asistenţă socială publice şi ajută oamenii să gestioneze aspectele practice ale vieţii lor. De obicei, acesta are cel mult o diplomă de licenţă, şi nu pregătirea formală mai îndelungată a unui asistent social.

Majoritatea specialiştilor în sănătate mentală cu o pregătire formală în psihoterapie (pentru cabinete medicale sau clinici) sunt asistenţi sociali. Cei care tratează copii au de obicei o pregătire formală de specialitate sau experienţă suplimentară în lucrul cu aceştia.

Asistenţii sociali cu câţiva ani de practică supervizată, care au trecut un examen de licenţă, se numesc asistenţi sociali independenţi licenţiaţi. Domeniul de licenţă şi titlurile diferă în funcţie de ţară. Sunaţi la instituţia de acreditare oficială pentru a afla care sunt acreditările unui specialist în sănătate mentală în zona dumneavoastră.

De regulă, sunteţi îndrumat către un asistent social de către pediatru sau de medicul de familie, de psihiatrul de copii sau de personalul de consiliere al şcolii. Puteţi găsi asistenţi sociali din cabinete medicale la categoria „psihoterapeuţi" sau „consilieri" din Pagini Aurii.

TERAPEUTUL DE FAMILIE

Majoritatea celor care practică terapia de familie sunt asistenţi sociali, dar unii obţin o diplomă cu o singură specializare, şi anume în terapie de cuplu şi de familie. O astfel de persoană a urmat vreme de doi sau mai mulţi ani un program de pregătire postuniversitară orientat pe terapia de cuplu şi de familie şi este acreditat ca terapeut de cuplu şi de familie licenţiat.

Dificultăţile oricărui copil sunt inevitabil legate de buna funcţionare a familiei şi, totodată, pot fi un factor de stres major pentru familie; în egală măsură, dificultăţile unei familii pot fi un factor de stres major pentru copil. Ajutarea unei familii să funcţioneze mai bine este aproape întotdeauna utilă pentru un copil care suferă.

Terapeutul de familie se concentrează pe familie ca pe un întreg sau asupra unor anumite relaţii din cadrul familiei. Pediatrul sau medicul dumneavoastră de familie, psihiatrul de copii, consilierii şcolari sau un specialist care lucrează doar individual (nu şi cu familii) vă pot trimite la un terapeut de familie. Găsiţi specialişti în terapie de familie la categoria „psihoterapeuţi" sau „consilieri" din Paginile Aurii.

CONSILIER DE SĂNĂTATE MENTALĂ

Aceste persoane au un master în consilierea educaţională (MEd) sau în consiliere psihologică (MA). Lucrează de obicei în clinici de sănătate mentală şi adesea se numesc consilieri sau experţi în sănătate mentală. Îndeplinesc sarcini similare cu cele ale unui asistent social sau ale unui terapeut de familie.

BCU CLUJ LIBRARY

CONSILIER ŞCOLAR

Consilierii şcolari pot avea o pregătire de consilier de orientare şcolară, de asistent social sau de psiholog. Activitatea lor este limitată la cadrul şi la anul şcolar. Ajută elevii cu probleme emoţionale sau comportamentale care intervin în funcţionarea lor socială sau şcolară. Pot lucra cu câte un copil odată sau cu un grup de copii.

Un consilier şcolar vă poate îndruma copilul la un specialist în sănătate mentală menţionat mai sus, din afara şcolii. Acest lucru se va întâmpla dacă el crede că problemele copilului necesită mai multă atenţie, timp sau alt nivel de specializare decât îi pot fi oferite în cadrul şcolii.

Următorul tabel rezumă tipurile de specialişti descrise mai sus, inclusiv care dintre ei pot prescrie medicamente, pot testa şi pot furniza terapie individuală sau de familie. De asemenea, mai descrie şi locul în care lucrează fiecare tip de specialist.

Tabelul 7.1 Specialişti: ce fac şi unde lucrează

Specialist	*Realizează evaluări medicale şi poate prescrie medicamente*	*Realizează testări psihologice complexe*	*Realizează psihoterapie individuală pentru copii*	*Realizează terapie de familie*	*Lucrează în clinici de sănătate mentală şi în cabinete medicale private*
Pediatru	X				X (*în cadru medical*)
Psihiatru de copii	X		X	X	X
Psiholog de copii		X	X	X	X
Asistent social			X	X	X
Terapeut de familie				X	X

UNDE AU LOC TRATAMENTELE?

Tratamentul este asigurat fie ambulatoriu (clinici sau cabinete medicale particulare), fie cu internare (în spitale sau în cadrul programelor rezidențiale), fie la serviciul de urgență (spitale sau clinici). Trei factori determină locul în cadrul căruia copilul va beneficia de tratament:

- intensitatea problemei pe care o are;
- complexitatea și durata ajutorului necesar pentru a remedia problema;
- disponibilitatea și accesabilitatea serviciilor din zona în care vă aflați.

Majoritatea tratamentelor de sănătate mentală pentru copii sunt furnizate ambulatoriu.

1. SERVICII AMBULATORII

În general, serviciile ambulatorii sunt furnizate în clinici (unde lucrează multiple ajutoare) sau în cabinete particulare (unde lucrează numeroase persoane care oferă ajutor). Clinicile pot fi particulare sau de stat și se află în cadrul unui centru de sănătate mentală, al policlinicii de pe lângă un spital sau într-un cadru educațional, de la școala primară până la facultate. În oricare dintre aceste locuri, confidențialitatea este o prioritate. Sunt importante trei deosebiri dintre clinici și cabinete particulare:

- dacă îl cunoașteți dinainte sau nu pe cel care vă va ajuta să primiți tratamentul;
- dacă cel care vă va ajuta se consultă cu colegii;
- cum se calculează onorariile.

BCU ALBA IULIA UNIVERSITY LIBRARY

În general, într-o clinică nu veți ști cine vă va ajuta până nu mergeți acolo. Dumneavoastră și copilul veți fi repartizați la un specialist care are o oră liberă în program. Majoritatea clinicilor vă permit să schimbați specialistul dacă nu puteți colabora cu cel la care ați fost repartizat. Într-un cabinet particular veți ști dinainte de cine veți fi consultat. Și, ceva mai ușor decât într-o clinică, puteți opta pentru un alt specialist dacă nu credeți că veți putea colabora cu el.

Clinicile asigură de obicei specialiști cu supervizare, așadar deja există posibilitatea consultării și colaborarea în situații dificile. În cazul cabinetelor private, specialistul poate comunica și discuta despre situații medicale complexe cu un coleg.

În trecut, o clinică (de stat sau nonprofit) era mai probabil să aibă o plajă variabilă de onorarii decât un cabinet particular. Dar asigurările medicale și scăderea bugetului de stat au dus la variații mult mai mici ale prețurilor în clinicile nonprofit și la o diferență mai mică dintre sectorul particular și cel public (vezi Capitolul 12 pentru mai multe informații despre costurile tratamentului).

Nivelul de experiență, competența și investiția în activitatea sa variază de la un specialist la altul, indiferent de instituție. Astfel, este greu de estimat dacă tratamentul primit într-o clinică de stat va fi mai bun decât cel dintr-un cabinet particular.

Pediatrul sau medicul dumneavoastră de familie, personalul școlii copilului, administratorul companiei de asigurări, prieteni sau membri ai familiei vă pot ajuta să găsiți servicii ambulatorii.

2. SERVICII SPITALICEȘTI

Serviciile spitalicești sunt asigurate, de obicei, în cadrul unui spital sau al unei instituții rezidențiale. Voi include aici și școlile terapeutice și tratamentul spitalicesc de zi, pentru că, deși copilul

dumneavoastră locuieşte acasă, este vorba de forme de tratament intensive. În general, serviciile intensive sunt:

- încercate *după* tratamentul ambulatoriu;
- solicitate din pricină că situaţia pare să se înrăutăţească;
- considerate necesare pentru a îmbunătăţi starea copilului.

Odată ce serviciile în spital v-au ajutat copilul îndeajuns de mult, încât pare că este sigur şi adecvat ca el să se întoarcă în familie şi în comunitate pentru a primi tratament ambulatoriu, el va fi externat. În continuare voi descrie aceste servicii, de la cel mai puţin intensiv la cel mai intensiv.

A. Şcoala terapeutică

Dacă principala problemă a copilului dumneavoastră apare în cadrul şcolar obişnuit, o bună resursă este şcoala terapeutică. Aceasta se adresează dificultăţilor legate de şcoală, care implică şi probleme emoţionale şi de comportament. În general, dacă un copil nu poate fi educat adecvat şi gestionat din punct de vedere comportamental într-un cadru şcolar obişnuit, se recomandă o şcoală terapeutică.

Programele din şcolile terapeutice au mai mulţi profesori per elev decât o şcoală obişnuită; datorită acestui lucru, adulţii au mai mult timp şi mai multe ocazii de a lucra cu dificultăţile şcolare şi emoţionale ale unui copil. Serviciile terapeutice şi psihofarmacologice sunt asigurate de obicei în afara şcolii terapeutice, altundeva în comunitate, dar ocazional unele servicii sunt asigurate chiar acolo.

De obicei, sistemul şcolar public ajută la înscrierea şi la achitarea unui program de şcoală terapeutică. Când solicitaţi o şcoală terapeutică, puteţi întâmpina rezistenţă din partea administraţiei şcolii la care merge copilul, pentru că asemenea servicii reprezintă o povară financiară semnificativă asupra comunităţii locale. Totuşi, fiecare ţară are legi specifice care solicită servicii

educative adecvate nevoilor fiecărui copil. Aţi putea avea nevoie chiar de ajutorul unui avocat specializat în drepturile copiilor pentru ca sistemul şcolar să asigure servicii adecvate.

B. Internare ambulatorie/spitalizare parţială

Chiar dacă dificultăţile copilului nu sunt suficient de periculoase încât să necesite spitalizare, se poate totuşi ca el să aibă nevoie de tratament intensiv, mai complex, care poate fi asigurat într-un cadru ambulatoriu. Un spital pentru internare ambulatorie, dacă este disponibil, poate fi o alternativă firească. În cadrul acestui tip de program, copilul îşi petrece cea mai mare parte din zi (deseori între orele 8 şi 16, uneori şi seara), implicându-se într-un tratament foarte intensiv, dar noaptea merge acasă pentru a dormi. Un spital pentru internare ambulatorie are o componentă şcolară şi una terapeutică, ce include monitorizarea medicamentelor psihiatrice şi unele combinaţii de terapie individuală, de grup şi de familie.

Copilul poate participa la un astfel de program timp de mai multe săptămâni sau câteva luni. Uneori, un spital de zi este utilizat ca „treaptă inferioară" în trecerea de la un program mai intensiv din cadrul unui spital sau ca „o treaptă superioară" de la un program şcolar obişnuit sau al unei şcoli terapeutice. Spitalul de zi este folosit ca „treaptă superioară" în speranţa că un copil poate fi ajutat intensiv de-a lungul unei crize sau al unei perioade dificile şi că, într-un timp relativ scurt, acesta va putea reveni la programul normal. Costul tratamentului este de regulă acoperit de asigurarea medicală (de stat sau privată) şi/sau de şcoala la care învaţă copilul.

C. Spitalul

În general, serviciile spitalelor de psihiatrie pentru copii sunt folosite pentru copiii aflaţi în pericol. Copilul dumneavoastră are nevoie de tratament într-un spital de psihiatrie în următoarele situaţii:

- dacă prezintă un comportament suicidar acut sau a vrut să-şi facă rău în repetate rânduri;
- dacă are gânduri criminale şi comportament agresiv şi ameninţă să facă rău altor persoane;
- dacă prezintă simptome psihologice intens perturbatoare.

În timpul spitalizării, copilul va fi supus unor teste de diagnostic pentru a elimina cauzele medicale, emoţionale sau comportamentale ale tulburării sale care pot fi tratate. Va primi probabil medicamente, precum şi terapie intensivă individuală, de familie şi de grup. Personalul spitalului caută să vă stabilizeze copilul suficient încât să poată reveni la o formă de tratament în afara spitalului. În acel cadru postspitalicesc, mai puţin intensiv, dar de lungă durată, sunt încercate forme de tratament psihologic şi social şi este monitorizată medicaţia.

Spitalizările tind să fie scurte, pe de-o parte deoarece costurile unei zile de spitalizare sunt ridicate. Întrucât costul este acoperit prin asigurare, publică sau privată, companiile de asigurări caută să menţină cât mai scurtă perioada spitalizării. Reprezentanţii companiei de asigurări pot avea opinii diametral opuse faţă de personalul spitalului, în privinţa duratei de spitalizare a unui copil, pentru ca acesta să beneficieze de tratament mai amănunţit. De asemenea, internările în spital tind să fie scurte pentru că nu există suficiente servicii psihiatrice spitaliceşti pentru copii, pentru a satisface nevoile acestora. Adesea, când starea unui copil se îmbunătăţeşte, acesta este externat rapid pentru a face loc unui copil care se simte rău. Ameliorarea într-un timp scurt este posibilă în mare măsură datorită faptului că medicamentele pot avea efect pozitiv rapid.

D. Tratamentul rezidenţial

Tratamentul din cadrul unei instituţii rezidenţiale este tratamentul cel mai exhaustiv, complex şi de lungă durată disponibil. De obicei, copiii stau în instituţiile de tip rezidenţial timp de

6 până la 18 luni, uneori chiar mai mult. Acesta este luat în considerare după ce alte forme de tratament (ambulatoriu, şcoală terapeutică sau spitalizare) nu au avut succes. În unele cazuri, în special în cele despre care se crede că un factor important al dificultăţilor este cadrul familial, înainte de tratamentul rezidenţial se poate încerca plasarea într-o familie socială sau într-o casă comună.

Copilul poate fi repartizat într-un tratament rezidenţial dacă pare să fie în pericol de a se răni serios pe sine sau pe altcineva. Poate să fie incapabil să tolereze stresul vieţii cotidiene şi poate fi de necontrolat de către adulţi la şcoală şi acasă. Cel mai probabil, specialiştii vor lua în considerare plasarea lui într-un tratament rezidenţial dacă a fost deja într-o secţie de psihiatrie, de cel puţin două ori. De obicei, decizia finală asupra plasării rezidenţiale este luată în timpul unei spitalizări; de asemenea, poate fi luată şi în timpul internării ambulatorii, în timpul unei încercări nereuşite într-o şcoală terapeutică sau a unui tratament ambulatoriu.

Facilităţile unui serviciu de tip rezidenţial includ de obicei personal de specialitate disponibil 24 de ore pe zi, o şcoală terapeutică şi un tratament psihologic şi farmacologic/medicamentos. Tratamentul psihologic include de obicei terapie individuală, de familie şi de grup. Personalul instituţiei rezidenţiale asigură supravegherea activităţilor obişnuite şi a activităţilor de recreere din cadrul instituţiei şi din afara ei. Pacienţii îşi pot petrece sfârşitul de săptămână în instituţie sau pot face vizite acasă, în funcţie de cât de strict este programul şi cât de aproape este instituţia de casă.

De obicei, serviciile de tip rezidenţial sunt plătite de şcoala la care învaţă copilul şi de instituţiile de stat care se ocupă de nevoile lui. Unele ţări au o instituţie specială care se ocupă de nevoile copiilor, de exemplu Departamentul de Servicii pentru Copii din SUA; altele au servicii independente, cum ar fi Departamentul de sănătate mentală, Departamentul de handicap

mental, Departamentul de asistență socială, Departamentul de servicii pentru tineret. Ca și spitalele de psihiatrie pentru copii, instituțiile de tratament rezidențial sunt costisitoare și insuficiente.

3. SERVICII DE URGENȚĂ/DE CRIZĂ

Pentru urgențele de sănătate mentală, majoritatea comunităților apelează la un serviciu de urgență local de sănătate mentală sau la o cameră de gardă de la un spital local. În general, serviciul de urgență are personal 24 de ore pe zi, șapte zile pe săptămână.

Majoritatea urgențelor de sănătate mentală a copilului implică o amenințare serioasă de accidentare: fie suicidară/comportament autodistructiv, fie letală/de rănire gravă a altor persoane. Uneori, un contact telefonic cu personalul unui serviciu de urgență poate fi suficient pentru a se rezolva criza copilului, în special dacă situația se calmează atunci când sunați. Cu toate acestea, contactul față în față poate fi necesar. Majoritatea personalului din secțiile de urgență are instruire în domeniul sănătății mentale, iar unii pot fi chiar asistenți sociali. De obicei, un psihiatru de rezervă colaborează cu serviciul de urgență și poate fi contactat de personal pentru consultații.

În cadrul unui serviciu de urgență pot fi disponibile paturi de urgență pentru o întrebuințare scurtă, acestea fiind folosite ca o modalitate de a evita spitalizarea. Copilul poate sta într-un astfel de pat pentru a evita spitalizarea dacă:

- se pare că o zi sau două sunt suficiente pentru a dezamorsa o situație explozivă sau periculoasă;
- reducerile bugetare ale asigurărilor de sănătate și restricțiile fiscale dictează o ședere scurtă într-o cameră de gardă, în loc de o spitalizare mai costisitoare;

BCU IASI

- nu există un pat de spital disponibil în zona dumneavoastră la momentul respectiv.

În general, personalul de urgență este dispus să vă ajute pe o perioadă limitată.

În cazul în care copilul dumneavoastră se află sub tratament în timpul crizei, personalul îl va anunța pe clinicianul dumneavoastră despre acest episod. În unele cazuri, această comunicare nu are loc, așa că trebuie să îl informați de fiecare dată când copilul are nevoie de servicii de urgență.

* * *

Conținutul acestui capitol v-a oferit o gamă de informații despre cine sunt specialiștii, ce fac ei și în cadrul căror instituții lucrează. Acum sunteți pregătit să vă gândiți la particularitățile tratamentelor care vă sunt oferite. Astfel de informații aflați în Capitolul 8, despre tratamente psihologice, în Capitolul 9, despre tratamentele medicamentoase, în Capitolul 10, despre tratamente alternative, și în Capitolul 11, despre implicarea jocului în tratarea copiilor și adolescenților.

BCU IASI CENTRAL LIBRARY

Capitolul 8
Psihoterapia și efectele sale secundare

După ce decideți să apelați la tratament de specialitate pentru copilul dumneavoastră și găsiți un specialist în sănătate mentală care să lucreze cu dumneavoastră, trebuie să evaluați tratamentul care vă este oferit. Acest capitol, alături de Capitolul 9, vă pune la dispoziție câteva informații de bază despre cele mai folosite tratamente disponibile în prezent.

Există două categorii principale de tratament standard: *psihologic* (psihoterapie/terapie prin vorbire) și *psihofarmacologic* (farmacoterapie/medicație). Ele se pot aplica independent unul față de celălalt, dar fiecare oferă o abordare diferită a problemelor. De aceea, mai ales în cazul problemelor mai dificile, tratamentul psihologic și cel farmacologic ar putea fi folosite concomitent.

Dacă doriți să apelați la *formele complementare și alternative* de tratament (neurofeedback, meditație, integrare senzorio-motorie, vitamine și nutriție, medicamente pe bază de plante) înainte, în timpul sau după tratamentul psihoterapeutic (Capitolul 10), discutați asta cu clinicianul. Dacă, pe lângă psihoterapie, copilul va primi medicamente convenționale, spuneți-i medicului care vă prescrie medicamente dacă urmează vreun tratament alternativ,

în special orice medicament pe bază de plante. Combinarea anumitor tratamente chimice convenţionale şi alternative poate avea urmări nefaste.

STRUCTURA CAPITOLULUI 8

În acest capitol voi face următoarele lucruri:

1. Voi trece în revistă câteva tratamente psihologice şi efectele lor secundare.
2. Voi discuta şapte întrebări des întâlnite ale părinţilor despre tratamentul psihologic, inclusiv:

   - Ce tip de specialist în sănătate mentală pentru copii ar fi mai indicat să se ocupe de tratamentul psihologic?
   - Ce formă de tratament psihologic ar putea fi cea mai utilă?
   - Ce trebuie luat în calcul atunci când încerci să evaluezi eficienţa unui tratament şi cât timp să îl continui?
   - Ce trebuie luat în calcul atunci când încerci să decizi în privinţa utilizării concomitente a tratamentului medicamentos şi psihologic?

TRATAMENTUL PSIHOLOGIC

Psihoterapia/ajutorul psihoterapeutic este o formă de tratament pentru dificultăţi emoţionale şi comportamentale, care depinde în totalitate de comunicare, cu alte cuvinte, este un tratament psihologic. Există multe tipuri de psihoterapie, fiecare variind în funcţie atât de subiectele despre care discută clientul, cât şi de

modul în care el vorbeşte despre acestea. Unele forme de psihoterapie se bazează mai mult pe tehnici specifice de educare, cum ar fi exersarea anumitor comportamente sau teme pentru acasă. Alte forme sunt mai personale şi se bazează mai mult pe dezvoltarea unei relaţii între client şi terapeut. (În Capitolul 11 se descrie amănunţit cum şi de ce funcţionează tratamentul psihoterapeutic.) Majoritatea tipurilor de psihoterapie, chiar şi cele care sunt mai educaţionale, necesită o anumită relaţie pentru a fi eficiente.

Psihoterapia este mai liberală şi cooperantă decât în trecut. Pentru ca tratamentul să aibă succes, întrebările, temerile, observaţiile şi reacţiile dumneavoastră şi ale copilului la terapie sunt elemente importante. Această schimbare însoţeşte modificări sociale mai vaste din cadrul relaţiilor specifice din domeniul îngrijirilor medicale, care acum accentuează mai puţin autoritatea specialistului de a lua decizii, subliniind mai mult participarea pacienţilor la luarea unei decizii. Această abordare mai liberală vine şi din înţelegerea faptului că din colaborare se naşte o schimbare constructivă, mai bună şi de mai lungă durată.

Fiecare tip de psihoterapie poate să difere nu doar în ceea ce priveşte elementul central şi conţinutul, ci şi prin gradul de cunoaştere, de complexitate şi de competenţă cu care este pusă în practică de către un specialist. Pentru mai multe detalii despre competenţe, consultaţi secţiunea de întrebări frecvente de la sfârşitul acestui capitol. În cele ce urmează voi descrie psihoterapia individuală, în general, şi cele mai întâlnite forme ale ei.

PSIHOTERAPIA INDIVIDUALĂ

Psihoterapia individuală presupune ca adolescentul sau copilul să se întâlnească singur cu specialistul în sănătate mentală (psihoterapeut) timp de 30 până la 50 de minute, de obicei o dată pe săptămână. Deseori, părintele se întâlneşte separat şi în mod

regulat cu terapeutul; acest lucru se întâmplă mai rar dacă pacientul este un adolescent. Tabelul 8.1 trece în revistă principalele forme de psihoterapie individuală.

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC)

TCC este structurată, directivă şi în cadrul ei se dau frecvent teme pentru acasă. Terapeutul va lucra cu copilul în primul rând asupra gândurilor şi comportamentelor sale.

O ipoteză principală a acestei abordări este că gândurile, sentimentele şi comportamentele care constituie „problema" trebuie deosebite de tiparele care stau la baza gândirii şi comportamentului copilului. De exemplu, să presupunem că fiul sau fiica dumneavoastră evită în mod activ un anumit loc, o persoană sau o împrejurare, afirmând că „pur şi simplu, nu îi place". Probabil că acest comportament evitant este cauzat de sentimente profunde de teamă, de imagini sau gânduri care apar atunci când se apropie de situaţii de care se teme. TCC îl ajută pe copil să fie mai conştient de gândurile iraţionale care stau la baza fricii şi anxietăţii intense.

Identificarea şi discutarea acestor gânduri scad intensitatea şi probabilitatea de a acţiona sub impulsul lor. Terapeutul vă va ajuta copilul să provoace gândurile iraţionale care stau la baza temerilor, încurajându-l să exerseze noi tipare comportamentale. A acţiona împotriva acestor moduri ilogice de gândire reprezintă un pas important spre schimbarea gândirii şi a comportamentului aferent. Acesta este motivul pentru care terapeutul vă ajută copilul să-şi înfrunte, să se implice şi să gestioneze lucrurile pe care le evită.

De exemplu, copilul îşi doreşte foarte mult să îşi petreacă noaptea la un prieten, dar trebuie să fie luat devreme acasă, pentru că devine prea speriat şi panicat odată cu lăsarea serii. Este posibil ca, atunci când era mai mic, avea enurezis şi s-a confruntat cu o experienţă stânjenitoare acasă la un prieten. Deşi au trecut câţiva ani de la incidentul stânjenitor de atunci, se poate ca grijile

Tabelul 8.1 Caracteristici ale formelor principale de psihoterapie individuală

Tipuri de psihoterapie individuală	*Procesul schimbării: bazat în principal pe educație sau pe relație*	*Subiectul principal al discuției*	*Orientarea discuției: dirijată (de terapeut) sau nedirijată (aleasă de client/ pacient)*	*Durata aproximativă a tratamentului*
Terapia cognitiv-comportamentală (TCC)	Educație	Gânduri și comportamente	Dirijată	1–3 luni
Terapia dialectic-comportamentală (TDC)	Educație	Sentimente, gânduri, comportamente și relații actuale	Dirijată	1 an +/–
Psihoterapie psihodinamică	Relație	Sentimente, gânduri și relații trecute și actuale	Nedirijată	De la câteva luni la câțiva ani
Psihoterapie interpersonală (PIP)	Educație și relație	Sentimente, gânduri și relații actuale	Dirijată către subiectul principal, apoi nedirijată	3–4 luni
Desensibilizarea prin mișcarea oculară și reprocesare (EDMR)	Educație (tehnică)	Amintiri traumatizante specifice (imagini și gânduri)	Dirijată către imagini/ gânduri, alternând cu discuția nedirijată	3–12 ședințe
Psihanaliza	Relație	Sentimente, gânduri și relații trecute și actuale	Nedirijată	De 4–5 ori pe săptămână timp de un an până la câțiva ani

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

sale să fi evoluat destul de mult. Împreună cu terapeutul specializat în TCC, fiul dumneavoastră alcătuieşte o listă de situaţii şi circumstanţe posibile stânjenitoare, aranjate în ordine crescătoare. Ei dezvoltă împreună elementele iraţionale din fiecare situaţie. Fiul dumneavoastră învaţă că stânjeneala este un sentiment uman firesc şi că nu a însemnat un eşec. Urmează ca fiul să-şi confrunte activ teama, prin abordarea fiecărei situaţii. Începe cu cea mai uşoară şi îşi croieşte drumul până la cea mai grea: întâi îşi invită prietenii acasă, apoi doarme la un prieten din apropiere şi, în final, îşi petrece noaptea la un prieten din cealaltă parte a oraşului.

Cercetările au ajuns la concluzia că TCC ajută adulţii în cazul depresiilor, fobiilor, atacurilor de panică şi al compulsiilor. Studii recente indică faptul că este utilă şi pentru copii. Poate fi dificil să găsiţi terapeuţi care se consideră specialişti în TCC, dar mulţi dintre ei utilizează tehnici şi intervenţii cognitiv-comportamentale în munca lor.

Terapia dialectic-comportamentală (TDC)

TDC este o formă extinsă a terapiei cognitiv-comportamentale ce implică activitate coordonată, în psihoterapie individuală şi de grup. TDC este probabil cel mai bine cunoscută pentru componenta sa de grup, numită „formarea aptitudinilor" (vezi terapia de grup, de mai jos).

În domeniul psihoterapiei individuale, TDC se concentrează pe un eveniment recent din comportamentul problematic. Scopul este înţelegerea mecanismelor de declanşare şi cauzelor comportamentului. Terapeutul şi clientul analizează factorii emoţionali, cognitivi (moduri de gândire) şi sociali implicaţi. După ce copilul reuşeşte să înţeleagă aceşti factori, el şi terapeutul se concentrează pe dezvoltarea unor reacţii mai bune la anumiţi factori declanşatori.

Principalul scop al TDC este învăţarea controlului sentimentelor, în special al furiei. De exemplu, dacă fiica dumneavoastră

şi-ar provoca singură răni prin tăiere, ea şi terapeutul încearcă să afle ce anume a dus la acest comportament. Ei identifică evenimentele precedente, gândurile şi sentimentele dinainte, din timpul şi de după evenimente, precum şi cele de dinainte şi din timpul tăierii. Apoi, discuţia se orientează către alte moduri de gândire a evenimentele declanşatoare şi spre moduri de gestionare a sentimentelor apărute.

De obicei, lucrul implică exersarea anumitor aptitudini sau tehnici de către copil, pentru a îmbunătăţi modularea şi echilibrarea sentimentelor, pentru a face faţă suferinţei emoţionale, pentru a gestiona relaţiile interpersonale şi a-şi îmbunătăţi imaginea de sine. În TDC este acordată o mai mare atenţie relaţiei terapeutice decât în convenţionala TCC. Terapeutul încearcă să echilibreze validarea/acceptarea experienţei emoţionale curente a pacientului şi să lucreze în sensul schimbării comportamentale.

Terapeutul poate valida intensitatea suferinţei emoţionale a copilului, poate recunoaşte că respectivul comportament de tăiere a fost o încercare de a face faţă durerii, reamintindu-i totodată că ei colaborează pentru a-l ajuta să găsească moduri mai bune de a gestiona suferinţa şi ar putea, în cele din urmă, să înlocuiască tăierea.

S-a demonstrat că TDC individuală, alături de grupul de aptitudini, a ajutat oameni ale căror vieţi erau pline de dezastre emoţionale, precum şi de crize interpersonale şi psihologice. De pildă, TDC a fost utilizată pentru adulţi cu antecedente de traume fizice sau sexuale şi acţiuni de automutilare/sinucidere. Recent, a fost utilizată mai mult în cazul adolescenţilor care îşi provoacă singuri răni sau au un comportament sinucigaş ori care se luptă cu comportamente problematice (cum ar fi abuzul de medicamente sau tulburări de alimentaţie) sau cu emoţii violente (cum ar fi tulburări grave de dispoziţie şi anxietate intensă).

Psihoterapia psihodinamică

Psihoterapia psihodinamică se concentrează în primul rând pe sentimentele şi gândurile copilului despre sine şi despre alţii, în special pe măsură ce ele apar la suprafaţă în relaţiile importante cu familia şi prietenii. De obicei, atunci când cineva foloseşte doar termenul de „psihoterapie", se referă la psihoterapia psihodinamică. La copii şi adolescenţi, atunci când este adecvat, ea implică şi utilizarea jocului. Terapeutul de copii fie foloseşte tehnici specifice de terapie prin joc (vezi Capitolul 11), fie încearcă să înţeleagă experienţa emoţională mai profundă. Terapeutul îi comunică apoi copilului ce a înţeles în timpul colaborării lor. Două dintre obiectivele acestui proces sunt ajutarea copilului să găsească modalităţi mai bune de a gestiona sentimentele şi să dezvolte o capacitate mai bună de a face diferenţa între ceea ce simte despre un eveniment şi evenimentul în sine. Îmbunătăţirea acestor două capacităţi va avea un efect pozitiv asupra imaginii de sine a copilului şi asupra comportamentului său faţă de alte persoane. Vezi Capitolul 11 pentru mai multe detalii despre acest tip de terapie.

Deşi psihoterapia psihodinamică se concentrează pe anumite simptome, acest tratament nu este atât de axat pe simptome, ca TCC. De exemplu, la câteva luni după moartea neaşteptată a profesorului său, copilul se poate confrunta cu anxietate şi depresie severe. Focalizarea travaliului psihodinamic ar putea să nu fie pe simptomele specifice (cum ar fi teama de a rămâne singur sau îngrijorarea excesivă) care l-au determinat să vină la terapie, ci pe sentimentele (teamă, tristeţe şi vină) care au fost perturbate de acel eveniment, ce poate contribui la tulburare, şi de ce anume are nevoie pentru a soluţiona mai bine emoţiile din acea experienţă.

Psihoterapia interpersonală (PIP)

PIP este o psihoterapie psihodinamică mai concentrată şi limitată în timp (12–16 şedinţe). Acest tratament se concentrează

pe anumite dificultăți care l-au condus pe copil spre terapie, cum ar fi:

- pierdere/suferință nesoluționată;
- schimbări ale rolurilor de viață (mutarea la o altă școală, viața cu un părinte vitreg);
- conflict cu o anumită persoană;
- probleme de înțelegere cu alte persoane, în general.

PIP este mai potrivită pentru adolescenți decât pentru copii, pentru că natura focalizată și limitată în timp a tratamentului folosește mai puțin joc și mai mult limbaj decât psihoterapia psihodinamică cu final deschis.

Desensibilizarea prin mișcarea oculară și reprocesare (DMOR)

DMOR se referă fie la o formă de psihoterapie individuală în opt etape, dezvoltată inițial pentru a aborda amintirile traumatice, fie la o tehnică de îmbunătățire a procesării amintirilor sau imaginilor tulburătoare. Un specialist bine pregătit poate încorpora tehnica în diferite forme de psihoterapie. În forma simplificată a terapiei, pacientul trebuie să fie atent simultan la o amintire internă traumatizantă (imagine sau gând) și la o imagine externă care se mișcă (degetul terapeutului, pe care terapeutul îl mișcă înainte și înapoi), astfel încât ochii pacientului traversează linia centrală imaginară a privirii dintr-o parte în alta. Dezvoltată și utilizată inițial pentru a trata simptomele adulților legate de traume, a fost din ce în ce mai folosită pentru alte tipuri de simptome ale adulților și pentru copii și adolescenți care au avut simptome legate de traume.

Psihanaliza

Psihanaliza este o formă specializată de psihoterapie psihodinamică, ce alocă mai mult timp focalizării pe tipare inconștiente de

gândire şi de afect. Este foarte intensivă (şedinţe de patru sau de cinci ori pe săptămână, timp de doi sau mai mulţi ani). De obicei, psihanaliza se foloseşte atunci când alte forme de tratament psihologic nu au fost suficient de utile.

Consilierea parentală

Consilierea parentală implică întâlniri ale terapeutului cu părinţii, fără copil. Nu este o formă de psihoterapie individuală, dar se face de obicei împreună cu ea.

Terapia individuală pentru copiii de vârstă şcolară ar trebui să fie întotdeauna însoţită de consiliere parentală. Părinţii se pot întâlni cu un terapeut chiar dacă nu are loc şi terapie individuală (ca în cazul unui copil foarte mic). Acest lucru s-ar putea întâmpla şi când terapia nu este posibilă (ca în cazul unui adolescent care refuză tratamentul individual).

Orientarea consilierii parentale este pe interacţiunea părinte–copil, nu pe situaţia maritală, cu excepţia cazului în care aceasta nu este specificată drept focalizare. Scopul este să vă ajute pe dumneavoastră, părintele, să vă înţelegeţi mai bine copilul şi să învăţaţi modalităţi mai bune de a aborda anumite situaţii legate de copil.

Pentru părinţii de adolescenţi, este ideal ca această formă de consiliere să fie făcută în cadrul terapiei de familie sau de către un alt terapeut, nu cel care îl tratează pe adolescent. Uneori, însă, astfel de opţiuni sunt practic imposibile, aşa că terapeutul adolescentului poate asigura ocazional şi şedinţe de consiliere parentală.

Terapeutul poate avea un scurt contact cu dumneavoastră, la începutul sau la sfârşitul şedinţei copilului. Aceasta *nu* este consiliere parentală. Este doar pentru o scurtă comunicare şi nu vă oferă suficient timp pentru a vă implica în anumite chestiuni părinte–copil.

PSIHOTERAPIA NEINDIVIDUALĂ

Psihoterapia neindividuală implică mai multe persoane, în afară de copilul dumneavoastră și terapeut, într-un anumit fel de grup. Copilul învață ascultând punctele de vedere, experiențele și eforturile altor persoane, precum și prin interacțiunile care au loc în interiorul grupului, în timpul întâlnirilor. Terapeutul poate să încurajeze și să observe interacțiunile membrilor grupului, să participe activ la ele sau să îmbine aceste două roluri.

De obicei, psihoterapia neindividuală completează terapia individuală, deși uneori acesta poate fi singurul tip de tratament indicat sau disponibil. Terapia de familie sau de grup, ca parte a tratamentului pentru un copil mai mic, poate fi administrată de același terapeut care se ocupă de terapia individuală.

Terapia de familie

Terapia de familie se concentrează în mare parte pe interacțiunile dintre părinți și copii. Obiectivele ei sunt să ajute familia ca întreg și pe diferiți membri ai familiei să comunice, să se înțeleagă și să funcționeze mai bine unul în relație cu altul.

Terapia de familie poate fi realizată în mai multe feluri, pe baza unor perspective teoretice diferite. De obicei, întâlnirile au loc săptămânal și durează cel puțin 50 de minute.

Ședințele pot implica și alți membri ai familiei, pe lângă părinți și copilul ale cărui simptome au declanșat tratamentul. Unii terapeuți de familie pot să:

- includă în tratament pe toți membrii familiei;
- includă în tratament orice membri semnificativi ai familiei, care locuiesc în apropiere și care sunt implicați activ în relațiile cu familia;
- se întâlnească cu diferite subunități ale familiei, de exemplu doar cu frații sau cu un părinte și cu copilul identificat ca fiind „pacientul".

Terapia individuală poate să nu reprezinte o posibilitate pentru copilul sau adolescentul dumneavoastră, din cauza opoziției sale puternice de a recunoaşte sau de a se concentra pe dificultățile sale. În acest caz, opțiunea pentru terapia de familie şi concentrarea pe dificultățile din cadrul familiei poate fi mai acceptabilă şi, în cele din urmă, mai utilă.

Terapia de grup

Terapia de grup presupune ca adolescentul sau copilul dumneavoastră să se întâlnească cu alte persoane care întâmpină aceleaşi dificultăți. Ea poate fi un amestec de activități şi de discuții (ca de pildă terapia prin joc, pentru copii mai mici) sau poate fi mai mult bazată pe discuții (pentru adolescenți).

Terapia de grup are drept scop ajutarea copilului/adolescentului să dezvolte aptitudini sociale mai bune şi/sau o mai bună înțelegere şi capacitate de gestionare a anumitor probleme sau situații. Copilului i se poate părea mai uşor să învețe lucruri despre comportamentul său de la alți copii decât de la adulți. Siguranța dezvoltată în cadrul terapiei de grup poate să îl ajute să tolereze insighturi şi o conştientizare a sinelui, care sunt dureroase, dar utile.

În general, o şedință de grup durează în jur de 90 de minute. Grupurile tind să aibă o durată prestabilită: pot să țină un an şcolar sau între patru şi şase luni. În cazul în care copilul încă mai are nevoie de terapie de grup la sfârşitul acelei perioade, se poate alătura următorului grup care se formează.

Grup de formare de aptitudini TDC

Grupul de formare de aptitudini TDC (terapia dialectic-comportamentală) este o formă de terapie de grup care se concentrează pe învățarea, revizuirea şi practicarea anumitor aptitudini sociale şi de autogestionare. Informațiile sunt prezentate într-o anumită structură şi format, în patru module:

- înțelegere;
- toleranță la suferință emoțională;
- eficiență interpersonală;
- reglare emoțională.

Acest tip de grup este de regulă continuu; participanții părăsesc grupul după ce au terminat unul sau mai multe cicluri ale celor patru module. Pe măsură ce vechii participanți pleacă, se alătură unii noi.

Această abordare a fost atât de utilă în clinici și în cabinete medicale private, încât consilierii au început acum să utilizeze în școli o formă modificată a formării de aptitudini.

ALEGEREA UNUI TERAPEUT

Dacă nu sunteți familiarizat cu domeniul psihoterapiei, alegerea unui terapeut și a unui tip de psihoterapie pentru copilul dumneavoastră poate fi resimțită ca un act orb de credință. Când alegeți, rețineți următoarele reguli de bază:

- Ideal ar fi ca terapeutul să fie recomandat de către pediatru sau o altă sursă de încredere ca fiind un bun profesionist.
- Înainte de a lua o hotărâre, întâlniți-vă cu terapeutul și acomodați-vă cu ideea că această persoană vă va înțelege temerile pe care le aveți.
- Apelați la o persoană cu care credeți că fiul sau fiica dumneavoastră se va simți liniștit și în siguranță.

În continuare, voi aborda unele întrebări frecvente referitoare la diferite aspecte ale psihoterapiei pentru copilul dumneavoastră. Răspunsurile mele vă vor ajuta să înțelegeți psihoterapia și să fiți un participant mai bine informat la tratament.

PSIHOTERAPIA: ÎNTREBĂRI FRECVENTE

1. Contează dacă terapeutul este medic, are doctorat sau un alt tip de specializare?

Răspunsul scurt este „nu". Ce contează cel mai mult este câtă experienţă şi câtă practică are terapeutul în psihoterapia copilului.

Aşadar, în general, doriţi ca persoana care este cel mai bine pregătită să lucreze cu copilul dumneavoastră; cu cât terapeutul are o pregătire mai bună, cu atât este mai bun tratamentul. Nu se poate spune, pe baza diplomei pe care o are, cât de competentă este o persoană în psihoterapia copilului. Un psihiatru de copii poate cunoaşte multe lucruri *despre* psihoterapia copilului. Dar, din momentul în care în domeniul său a început să se pună accentul pe medicaţie, mulţi psihiatri de copii preferă să prescrie medicamente în loc să facă psihoterapie cu copii.

În mod ideal, doriţi pe cineva cu formare solidă, care este familiarizat cu ideile marilor specialişti din acest domeniu şi care, în acelaşi timp, are experienţă în tratarea copiilor. Astăzi, psihoterapia pentru copii este în mare parte administrată de către persoane cu diplomă de master (master în asistenţă socială: vezi Capitolul 7). De obicei, acestea au lucrat o perioadă sub supervizare şi şi-au dezvoltat aptitudinile prin lucru permanent.

În situaţii complexe care necesită atât medicaţie, cât şi psihoterapie, este mai bine ca o singură persoană să se ocupe de amândouă intervenţiile. Acest lucru este, de cele mai multe ori, dificil de realizat, din moment ce puţini psihiatri de copii se ocupă şi de psihoterapie.

Reţineţi: dacă o persoană are experienţă şi o pregătire profesională bună, acestea nu garantează că el sau ea va face o echipă bună cu orice copil (vezi întrebarea 3, de mai jos).

2. Ce factori influențează forma de terapie care va fi furnizată copilului meu?

Pregătirea terapeutului

Indiferent dacă specialistul se află într-o clinică sau într-un cabinet medical privat din comunitatea extinsă, formarea prosfesională a acelei persoane va determina tipul de terapie pe care îl veți primi. Dacă un anumit terapeut oferă doar terapie individuală sau terapie de familie, atunci acest tip de terapie vă va fi oferit. La fel de adevărat este și dacă terapeutul oferă doar TCC sau doar terapie psihodinamică prin joc. Din fericire, există o suprapunere între eficiența acestor tratamente diferite, astfel încât specialiști bine instruiți, care furnizează diferite forme de tratament, pot fi la fel de utili.

Vârsta copilului

De obicei, copiii în vârstă de până la șapte sau opt ani sunt ajutați mai bine de terapia psihodinamică prin joc, deoarece ei au o capacitate limitată de a verbaliza și de a judeca propriile experiențe. Pe măsură ce copilul crește, trebuie să alegeți între o terapie preponderent cognitiv-comportamentală și una preponderent psihodinamică. De asemenea, terapia de grup și terapia de familie devin mai accesibile pe măsură ce copilul crește. Terapia individuală pentru copiii de vârstă școlară, care nu sunt încă adolescenți, ar trebui să aibă loc întotdeauna împreună cu consilierea parentală. Uneori, pentru un copil mai mic cel mai potrivit tratament este consilierea familială, fără terapie individuală.

Deși terapeutul individual pentru un copil mai mic este de obicei aceeași persoană care asigură și consilierea parentală, acest lucru devine mai complicat în cazul unui adolescent. Cei mai mulți adolescenți își doresc ca autonomia și confidențialitatea să le fie respectate. De aceea, unii terapeuți individuali nu se vor întâlni cu părinții unui adolescent fără ca acesta să fie prezent și,

dacă acest lucru se întâmplă, atunci ei îi vor comunica adolescentului în detaliu despre ce s-a discutat.

Mulţi terapeuţi consideră că un program de terapie individuală derulat concomitent cu terapia de familie este prea complex. De aceea, ei recomandă ca un terapeut să asigure terapia individuală şi un altul, terapia de familie. Unii terapeuţi asigură ambele terapii, crezând că acest lucru are mai multe avantaje decât dezavantaje. În luarea acestor decizii, nivelul de maturitate al adolescentului este chiar mai important decât vârsta sa.

Severitatea problemei

Uneori, atunci când un copil are probleme grave atât acasă, cât şi cu alte persoane, este clar de la început că o singură abordare psihoterapeutică nu va fi eficientă. Uneori este evident că se impune îmbinarea a două forme de psihoterapie (ca, de pildă, terapia individuală şi cea de familie). Terapeutul vă poate explica de ce anume recomandă o anumită combinaţie, astfel încât timpul, efortul şi costul pentru o asemenea iniţiativă să fie justificate.

Resurse parentale: finanţe, timp şi energie

Mersul cu copilul la terapie individuală o dată pe săptămână şi urmarea unei consilieri parentale sau a unei terapii de familie săptămânal sau la fiecare două săptămâni consumă timp, energie şi bani, lucru şi mai accentuat atunci când se recomandă şi terapia de familie sau tratamentul individual pentru părinte; poate părea că timpul este ocupat în totalitate de terapie şi de transportul către şi de la aceasta.

Pentru părinţii cu asigurare medicală şi resurse financiare personale limitate, decizia cu privire la terapeutul ales este luată, de obicei, de compania de asigurări medicale. Chiar şi părinţii cu mai multe resurse trebuie să decidă câţi bani şi câtă energie se vor cheltui pe tratamentul copilului sau pentru cel al părinţilor şi cât se va cheltui pentru alţi membri ai familiei şi pentru alte

nevoi. Lămuriți aceste dileme cu terapeutul și rețineți că, de obicei, psihoterapia este limitată în timp.

3. Cum îmi dau seama dacă psihoterapia îi este sau nu de ajutor copilului?

Cea mai bună modalitate de a ști dacă terapia este utilă este să observați dacă starea internă sau comportamentul copilului s-a îmbunătățit. De obicei, veți remarca această schimbare în patru până la șase luni.

În primele etape ale psihoterapiei și ale ameliorării, este posibil să nu fie atât de limpede dacă psihoterapia este eficientă. Printre semnele timpurii că terapia dă rezultate se numără următoarele:

- Copilul sau adolescentul dumneavoastră pare să fie mai dispus să meargă la psihoterapie;
- Comportamentul problematic al copilului sau sentimentele lui scad în intensitate sau frecvență;
- Copilul prezintă o creștere a comportamentelor și a stărilor emoționale pozitive.

Dacă într-un interval de patru–șase luni nu observați nicio schimbare în afara terapiei, comunicați-i terapeutului această observație. Este posibil ca forma de terapie oferită să fie insuficientă pentru problema lui. După discuția cu terapeutul, puteți hotărî ca la terapia individuală să adăugați o altă formă de terapie, cum ar fi cea familială sau de grup (vezi întrebarea 5 de mai jos, pentru o discuție despre adăugarea *medicamentelor* la psihoterapie).

4. Ce se întâmplă dacă ne gândim să schimbăm terapeutul?

Dacă terapia pare să nu fie utilă, vă puteți afla în situația de a vă gândi la schimbarea terapeutului. Nu faceți asta brusc. Spuneți-i temerile dumneavoastră, observațiile, îndoielile și întrebările despre tratament. Dacă terapeutul este dispus să discute

aceste chestiuni, înseamnă că lucrați împreună pentru a găsi drumul cel bun. Dacă, totuși, terapeutul *nu* pare dornic să discute temerile dumneavoastră sau să vă respecte atunci când aduceți vorba despre astfel de chestiuni, înseamnă că nu colaborează cu dumneavoastră și că ar trebui să-l schimbați.

5. Cât timp va dura psihoterapia

Terapia directivă (cum ar fi CBT, psihoterapia interpersonală, psihoterapia psihodinamică de scurtă durată sau cea familială) se va desfășura, de obicei, pe o perioadă de două până la cinci luni.

Psihoterapia psihodinamică de lungă durată și terapia prin joc pot dura de la șase la optsprezece luni sau chiar mai mult. Pe parcursul acelei perioade, tratamentul este administrat neîntrerupt. În funcție de pregătirea terapeutului, de severitatea problemei și de resursele disponibile, ședințele pot avea loc o dată, de două ori sau de mai multe ori pe săptămână. Terapia de familie (de obicei o dată pe săptămână) poate dura cel puțin șase luni.

Uneori, terapia poate avea loc în tranșe sau în etape. Tratamentul se poate încheia cu înțelegerea faptului că fiul sau fiica dumneavoastră poate reveni mai târziu pentru continuarea terapiei. Acest lucru poate fi recomandat dacă unele probleme identificate au rămas și nu au fost abordate suficient atunci. Sau revenirea în terapie poate avea rost dacă terapeutul se așteaptă să apară noi probleme, dar nu le poate trata „preventiv".

6. Cât din ceea ce se întâmplă cu copilul meu în psihoterapie mi se va comunica?

Indiferent de vârsta copilului, în general un terapeut vă va face cunoscute informațiile care apar în timpul tratamentului dacă siguranța copilului este pusă în pericol. În privința informațiilor care nu au impact asupra siguranței copilului, terapeutul va aborda diferit situația în cazul copiilor mici, față de cea a adolescenților.

Copiii în vârstă până în clasa a cincea se așteaptă ca părintele să fie discret în privința lucrurilor care se petrec în camera de joacă, deși terapeutul se va folosi de discreția sa cu privire la această așteptare a sa. Copiii mai mari, în special adolescenții, iau în serios confidențialitatea. Un terapeut care încearcă să dezvolte o alianță de lucru cu un adolescent trebuie să respecte cu strictețe confidențialitatea și să o încalce doar dacă este serios îngrijorat în privința unor circumstanțe care pun în pericol viața tânărului.

De obicei nu este bine, pentru părinte sau pentru pacientul copil/adolescent, ca părintele să cunoască detalii despre ceea ce se întâmplă în terapia individuală. Puteți, însă, cu siguranță, să întrebați terapeutul acest lucru, pentru o înțelegere mai bună a ceea ce se întâmplă în cadrul tratamentului. Întrebări despre terapia copilului pot să apară din multe motive. Puneți aceste întrebări mai ales dacă este prima dumneavoastră experiență în ceea ce privește tratamentul de sănătate mentală pentru copii.

7. Cum decid dacă pe lângă sau în loc de psihoterapie copilul să ia medicamente?

În Capitolul 9 voi discuta chestiunea momentului în care se cuvine să adăugați tratament medicamentos. Aici voi discuta despre momentul în care este indicat să adăugați *medicația* la tratamentul psihologic.

Când s-a început utilizarea tratamentului farmacologic pentru adulți, psihoterapeuții erau de părere că medicația va submina angajarea în psihoterapie. Ulterior, terapeuții au descoperit că, pentru mulți oameni, medicația permitea psihoterapiei să fie mai profundă și mai eficientă. Acest lucru s-a dovedit a fi adevărat și în privința copiilor și a adolescenților.

Dacă fiica dumneavoastră este prea deprimată, anxioasă, agitată sau precaută, este posibil ca ea să nu se poată implica într-o alianță terapeutică, astfel încât psihoterapia să fie utilă. În acest caz, este posibil ca starea ei să nu se îmbunătățească prea mult și

ca, în ciuda psihoterapiei, dificultăţile sale comportamentale şi emoţionale să persiste sau să se înrăutăţească.

Uneori, psihoterapia este chinuitoare pentru un copil; simptomele nu răspund tratamentului şi se începe administrarea de medicamente. După începerea medicaţiei, copilul poate continua să lipsească de la programări, să refuze să meargă sau să stea liniştit pe parcursul şedinţei, în timp ce situaţia sa se îmbunătăţeşte în afara cadrului terapeutic. Dacă acest lucru se întâmplă cu copilul dumneavoastră, *nu* renunţaţi pur şi simplu la tratamentul psihologic, ca să continuaţi doar cu cel medicamentos. În schimb, consultaţi-vă cu psihoterapeutul şi cu medicul care prescrie medicamentele şi apoi încercaţi să înţelegeţi mai bine ce se întâmplă (vedeţi întrebările 3 şi 4 de mai sus). Reţineţi: tratamentul psihologic şi cel farmacologic asigură fiecare în parte ceea ce cealaltă formă de tratament nu poate.

PSIHOTERAPIA ŞI EFECTELE SALE SECUNDARE

Discuţia despre efectele secundare ale psihoterapiei poate părea ciudată. Totuşi, aşa cum există consecinţe nedorite sau neaşteptate (utile sau dezavantajoase) ale utilizării medicamentelor, şi în cazul psihoterapiei este la fel. Cele cinci tipuri de efecte secundare care apar în psihoterapie sunt:

1. Uneori, la începutul tratamentului, copilul poate să prezinte chiar o uşoară creştere în intensitate a simptomelor. Acest lucru se întâmplă în special în cadrul psihoterapiei de explorare, de tip psihodinamic. Creşterea în intensitate a furiei sau a tristeţii poate fi asociată cu presiunea sau cu turbulenţa gândurilor şi sentimentelor pe care, până la acel moment, copilul le-a ţinut în frâu evitându-le sau suprimându-le. La începutul tratamentului, copilul poate

să nu aibă suficientă încredere că terapeutul poate conține presiunea acestor sentimente. Dacă după câteva ședințe copilul pare să fie mai anxios sau să aibă un comportament opozițional, această stare de anxietate crescută va trece, în general, pe măsură ce tratamentul va continua. Explicați acest lucru copilului.

2. Suferința emoțională a copilului se poate agrava, de asemenea, și când se află în tratament de mai mult timp. Acest lucru se poate întâmpla când a fost atinsă o anumită etapă stresantă în psihoterapie și ies la suprafață gânduri, sentimente și amintiri tulburătoare. Acasă, suferința poate lua forma refuzului de a merge la ședințe, a irascibilității sau tristeții accentuate. Când credeți că există efecte secundare, consultați-vă cu specialistul care îl tratează pe copil. Comunicați-i îngrijorarea dumneavoastră că terapia nu decurge în mod benefic. Spuneți-i terapeutului despre unele dificultăți pe care le-a întâmpinat copilul în decursul terapiei și care nu se manifestă atât de evident în timpul ședințelor.
3. Adolescentul sau, uneori, copilul mai mic poate să creeze sau să expună, fără să se gândească, neînțelegeri și conflicte între părinți și terapeut. El poate aduce în discuție ceva ce susține că a spus terapeutul, ceva care pare insensibil și provocator. Acest lucru se poate întâmpla pentru că:

   - terapeutul a spus ceva lipsit de etică;
   - copilul poate interpreta greșit ce s-a spus;
   - copilul dumneavoastră poate relata incidentul într-un mod distorsionat deoarece testează motivația dumneavoastră pentru tratament și susținerea terapeutului;
   - este modul în care copilul își exprimă dorința de a ieși din terapie.

În asemenea circumstanțe, vă puteți simți confuz și vă puteți raporta la terapie într-un fel incomod și negativ.

Poate fi util să vorbiți mai mult cu copilul despre sentimentele sale în legătură cu afirmația terapeutului. Apoi, dacă este adecvat, puteți să optați pentru o abordare „așteaptă și vezi ce se întâmplă". După ce îi cereți voie copilului sau adolescentului, puteți vorbi direct cu terapeutul despre această chestiune.

4. Psihoterapia poate avea ca scop nu doar ajutarea copilului să se adapteze mai bine circumstanțelor, ci și ca acesta să-și dezvolte libertatea de exprimare, maturitatea și autonomia. De obicei părinții primesc cu bine această schimbare în copilul lor. Uneori, însă, independența copilului dumneavoastră poate fi neliniștitoare pentru părinți, pentru că le pune la încercare propria perspectivă și autoritate. Pentru că astfel de provocări nu existau înainte de terapie, părinții pot să vadă un astfel de comportament ca fiind un „efect secundar" nedorit.
5. În cele din urmă, copilul poate să găsească cabinetul și terapeutul atât de suportivi și de utili, încât poate să devină excesiv de dependent sau de atașat de terapeut. Poate fi enervant pentru membrii familiei dacă fiul sau fiica dumneavoastră vorbește frecvent despre terapeut și despre ce a spus acesta. Un astfel de comportament poate fi cauzat de dificultățile copilului de a face față emoțiilor dificile, cum ar fi anxietatea sau rușinea, prin idealizarea terapeutului. Această reacție poate fi un „efect secundar" al implicării excesive în psihoterapie și este, de regulă, de scurtă durată, mai ales dacă ea se rezolvă în cadrul terapiei.

Sper ca informațiile din acest capitol să mărească probabilitatea ca dumneavoastră și copilul să vă bucurați de beneficiile psihoterapiei. Poate fi o modalitate extrem de folositoare de a reveni pe calea cea bună, pentru dumneavoastră și pentru copilul dumneavoastră. Poate fi, de asemenea, o experiență revelatoare,

care să aibă un impact pozitiv asupra unor aspecte neașteptate ale vieții dumneavoastră. Pentru unii, este doar frustrantă și dezamăgitoare. Pentru mai multe detalii despre psihoterapie și în special despre terapia prin joc, vedeți Capitolul 11.

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 9
Medicamentele și efectele lor secundare

Acest capitol vă va pune la dispoziție câteva informații de bază pentru a înțelege tratamentele medicamentoase folosite în prezent pentru a trata copiii.

Utilizarea medicamentelor pentru îmbunătățirea simptomelor emoționale sau comportamentale se numește *tratament psihofarmacologic* sau *farmacoterapie*. De obicei se adresează unor simptome destul de grave, care intervin în funcționarea normală de zi cu zi, sau care sunt foarte dureroase pentru copil.

Așa cum am amintit și în Capitolul 8, există două categorii principale de tratamente convenționale: *psihologice* (psihoterapie/terapie prin vorbire) și *psihofarmacologice* (farmacoterapie/tratament medicamentos). Fiecare dintre acestea poate fi aplicat independent. Cum fiecare furnizează un element care lipsește în cazul celuilalt, tratamentul unor probleme mai dureroase sau mai dificil de rezolvat implică deseori folosirea simultană a terapiilor psihologice și farmacologice.

În acest capitol, aproape toate medicamentele descrise sunt *sintetizate*, cu alte cuvinte ele nu există în mod natural. Pentru informații referitoare la elemente chimice care există în natură și

sunt utilizate în tratament, consultați secțiunea despre tratamente alternative din Capitolul 10. Spuneți-i medicului care prescrie medicamente pentru copilul dumneavoastră dacă acesta urmează deja un tratament alternativ, în special unul homeopat. Pot exista consecințe dăunătoare dacă anumite tratamente chimice, convenționale și alternative sunt combinate (vezi Capitolul 10, „Tratamentul homeopat").

STRUCTURA CAPITOLULUI 9

Prima parte a acestui capitol abordează trei subiecte:

- modul în care medicamentele/substanțele chimice afectează comportamentul;
- reguli generale pentru folosirea medicamentelor în tratamentul copiilor;
- efecte secundare în general și, în special, în cazul tratamentelor medicamentoase.

Voi analiza apoi medicamentele folosite pentru cinci categorii de simptome:

- lipsa atenției, impulsivitate, hiperactivitate și lipsă de concentrare;
- depresie;
- tulburare bipolară și tulburare gravă de dispoziție;
- anxietate;
- psihoză (schizofrenie, paranoia) și simptome grave ale tulburării de dispoziție, anxietății, agresivității și agitației.

Pentru fiecare categorie în parte, voi descrie tipurile de medicamente folosite și voi explica efectele secundare obișnuite și

cele îngrijorătoare. În materialul referitor la cele cinci categorii de simptome găsiți informații de care aveți nevoie despre tratamentul medicamentos pe care îl urmează sau pe care l-ar putea urma copilul dumneavoastră, în vederea tratării problemelor sale.

La sfârșitul capitolului voi comenta câteva întrebări și chestiuni despre tratamentul medicamentos, care îi preocupă de obicei pe părinți. Printre subiecte se numără:

- Cine este cea mai potrivită persoană pentru a prescrie tratamentul medicamentos pentru copilul dumneavoastră și de ce?
- Cum hotărâți dacă fiul sau fiica dumneavoastră va urma un tratament medicamentos? Copilul ar trebui să îl urmeze împreună cu sau în loc de psihoterapie?
- Cum vă dați seama dacă tratamentul medicamentos este de ajutor?
- Cât timp va dura farmacoterapia?
- Farmacoterapia va continua fără psihoterapie?

MODUL ÎN CARE MEDICAMENTELE/ SUBSTANȚELE CHIMICE AFECTEAZĂ COMPORTAMENTUL

La ora actuală, știm că medicamentele modifică echilibrul și concentrația anumitor elemente chimice din creier, cum ar fi serotonina, norepinefrina și dopamina. Aceste substanțe chimice naturale din creier joacă un rol important în modul în care gândim, simțim, ne concentrăm atenția și ne comportăm. Cu toate acestea, nu cunoaștem foarte multe detalii despre cum sau de ce medicamentele ne ajută.

Atunci cum puteţi înţelege dumneavoastră, ca părinte, felul în care medicamentele sunt utile în problemele emoţionale şi comportamentale complexe ale copilului şi, la rândul dumneavoastră, să-i explicaţi acest lucru?

Practic, medicamentele îl ajută pe copil să-şi *moduleze* sau să îşi menţină în echilibru emoţiile, gândurile, atenţia sau comportamentul. Medicamentele facilitează obţinerea acestui echilibru în două moduri:

- reducând intensitatea emoţiilor perturbatoare şi a gândurilor cu încărcătură emoţională mare;
- îmbunătăţind selecţia stimulării care ne distrage.

Echilibrul îmbunătăţit al copilului se poate observa fie în emoţiile, gândurile, atenţia sau în comportamentul său, fie în toate. Acest echilibru îmbunătăţit vă va ajuta copilul să îşi folosească cele mai bune aptitudini pentru a face faţă situaţiilor obişnuite şi stresante. „Cele mai bune mecanisme de gestionare" înseamnă, de exemplu, că fiul sau fiica dumneavoastră îşi poate controla impulsul de a acţiona şi se gândeşte la cel mai bun mod de a reacţiona într-o situaţie sau poate cere ajutorul unui adult într-o situaţie dificilă. Copilul poate folosi limbajul ca pe un mod de abordare a unei probleme (în loc să acţioneze în plan fizic asupra acesteia) sau poate tolera un anumit grad de disconfort emoţional care face parte, de obicei, dintr-o situaţie (în loc să devină beligerant sau să fugă). Atunci când copilul îşi foloseşte cele mai bune mecanisme de adaptare, comunică mai bine cu ceilalţi, înţelege mai bine lumea şi reuşeşte să-şi moduleze, să-şi tolereze şi să aprecieze propria sa experienţă interioară. Medicamentele pot fi utile pentru aproape orice simptom intens care îl împiedică pe copilul dumneavoastră să pună în aplicare cele mai bune mecanisme de adaptare.

Această perspectivă asupra medicamentelor, ca fiind utile în menţinerea echilibrului, îl încurajează pe copil să fie mai activ în

rolul care presupune să se ajute singur să „revină pe calea cea bună". În loc să privească medicamentul ca pe ceva ce „îl face" să se comporte sau să se simtă mai bine, copilul se va gândi la medicament ca la ceva ce „îl ajută" să se comporte sau să se simtă mai bine. Este puțin probabil ca el să se simtă un spectator pasiv al vieții sale emoționale și comportamentale.

REGULI GENERALE ÎN UTILIZAREA MEDICAMENTELOR LA COPII

Părinții, dar și alți adulți mă întreabă deseori: „Cum poate lua medicul o decizie în privința medicamentelor pentru copilul meu, după ce ne-a văzut 15, 30 sau 45 de minute?" Este o întrebare bună.

Astfel de evaluări sumare fac un deserviciu complexității individuale a unui copil și nu ajută la cultivarea unui parteneriat puternic de lucru. Totuși, după luarea în considerare a tuturor problemelor medicale și a alergiilor, stabilirea medicamentelor potrivite pentru un simptom sau altul este o chestiune destul de simplă, din moment ce fiecare tip de simptom poate fi abordat cu unul din mai multe medicamente. La ora actuală, în general pare să nu conteze vârsta sau sexul copilului, nici măcar cauza psihologică a simptomelor. Medicamentele ajută într-un mod care nu are nicio legătură cu circumstanțele sau cu situația existentă.

Este dificil să stabilești anumite reguli de bază pentru toate tipurile de farmacoterapie. Fiecare copil este unic, fiecare situație problematică este cumva diferită și există multe tipuri de medicamente din care se poate alege. Totuși, câteva principii generale pot ghida utilizarea medicamentelor pentru copii.

1. *Medicamentele sunt utilizate pentru a trata severitatea unor simptome, şi nu prezenţa acestora.* Medicamentele nu sunt prescrise automat, doar pentru că un copil se confruntă cu simptome depresive, cu anxietate sau cu probleme de atenţie. Folosirea medicamentelor va depinde de gravitatea simptomului: cât de perturbator şi de dureros este, cât de receptiv a fost la psihoterapie şi la alte tipuri de intervenţii. Severitatea unui simptom este un indicator în evaluarea echilibrului dintre beneficiile posibile şi riscurile folosirii tratamentului medicamentos (vezi regula nr. 5). Simptomele mai moderate pot reprezenta o etapă în maturizare şi sunt mai bine abordate prin confruntarea cu acea sarcină specifică de dezvoltare, decât prin înlăturarea lor.
2. *După ce un simptom s-a diminuat considerabil sau a dispărut complet timp de şase până la douăsprezece luni, este normal să reduceţi treptat tratamentul medicamentos pentru a descoperi în ce măsură şi dacă mai este necesar.* O reducere treptată funcţionează mai bine, pentru că reacţiile adverse la reducerea dozei de medicament sunt mai puţin probabile decât în cazul renunţării administrării sau atunci când este întrerupt brusc. Dacă simptomele reapar la administrarea dozei reduse a medicamentului, acestea sunt, de obicei, mai puţin intense şi mai uşor de controlat şi se poate reveni oricând la doza iniţială. Principiul reducerii treptate a dozajului este doar o inversare a modului în care se începe în mod obişnuit administrarea unui medicament: cu un dozaj mic, care se creşte uşor până la nivelul optim.
3. *Pot fi prescrise concomitent mai multe medicamente, dar este mai bine să fie schimbat doar unul câte unul.* Copilul poate lua mai multe medicamente dacă unul nu îl ajută suficient şi dacă este nevoie de încă unul, ori dacă al doilea medicament are rolul reducerii efectelor secundare cauzate de primul. Dacă un copil ia două sau mai multe medicamente şi tot nu este suficient, medicul ar trebui să ia în

considerare o schimbare. Nu este întotdeauna evident ce medicament este util. Când încercați să aflați care este acesta, schimbați câte un singur medicament odată. Acest lucru mărește șansele de a afla care medicament este folositor.

4. *Majoritatea medicamentelor psihotrope folosite pentru copii nu au, aparent, efecte secundare dăunătoare pe termen lung.* Spun „aparent" pentru că majoritatea medicamentelor folosite pentru copii nu au fost studiate suficient de mult timp pentru a afirma acest lucru cu certitudine. Nu există nicio dovadă a creșterii apariției anomaliilor sau a creșterii numărului de maladii serioase, cum ar fi cancer sau tulburări neurologice. Cu toate acestea, știm că *unele* medicamente pot cauza efecte secundare grave (pe termen scurt sau lung). Copilul trebuie să fie monitorizat pentru dezvoltarea acestor efecte secundare (vezi discuția de mai jos, cu privire la efectele secundare).
5. *Folosirea medicamentelor în cazul copilului implică întotdeauna un raționament despre necunoscut.* Folosirea medicamentelor implică posibilitatea apariției efectelor secundare, iar, în același timp, și lipsa utilizării acestora poate avea efecte secundare, primul fiind acela că fiul sau fiica dumneavoastră va continua să sufere. Din proprie experiență, folosirea medicamentelor pentru un copil care se confruntă cu suferințe emoționale și comportamentale severe duce, de cele mai multe ori, la *mai puține* consecințe dăunătoare decât atunci când nu se folosesc medicamente. Un copil cu suferințe emoționale severe poate face gesturi impulsive în scopul de a-și alina suferința emoțională, care duc, de cele mai multe ori, la un rău mai mare și la mai multe probleme. Un tratament adecvat poate uneori să împiedice acest lucru.
6. *Copilul ar trebui să fie implicat activ în propriul său tratament medicamentos.* Acest lucru implică participarea la luarea deciziei de a folosi medicamente și la evaluarea eficacității

acestora, mai ales în cazul unui adolescent, care se află într-o etapă a vieții caracterizată de independență și responsabilitate față de sine accentuate.

7. *Medicul ar trebui să explice pe larg motivul utilizării unui anumit medicament.* Cunoașterea motivului pentru care este prescris un anumit medicament și felul în care acționează acesta pot să diminueze rezistența în urmarea tratamentului. Medicul și părinții ar trebui să ajute copilul să înțeleagă:

   - numele medicamentului care se administrează;
   - motivul pentru care se administrează acesta;
   - cum ar trebui acesta să acționeze;
   - care este dozajul.

Informațiile referitoare la tratamentul medicamentos pot fi dificil de înțeles. În următoarea secțiune voi face o trecere în revistă a efectelor secundare, în general, și a medicamentelor, în particular. Acest lucru ar trebui să vă ajute să înțelegeți mai bine care sunt opțiunile de tratament medicamentos pentru anumite simptome, beneficiile potențiale și riscurile acestora, pe care le voi menționa la sfârșitul capitolului.

EFECTELE SECUNDARE ÎN GENERAL

Termenul de „efecte secundare" se referă la *consecințele neintenționate* care pot apărea pe parcursul tratamentului. Acest termen este întâlnit frecvent în discuțiile referitoare la tratamentul medicamentos, dar și alte forme de tratament medicale, cum ar fi operațiile chirurgicale, radioterapia sau fizioterapia, au consecințe neintenționate. Câteodată, consecințele neintenționate pot fi benefice, dar de cele mai multe ne îngrijorează efectele negative

ale acestora. Din acest motiv, medicii depun vechiul Jurământ al lui Hipocrate: „În primul rând, să nu faci rău".

Viețile noastre sunt pline de „consecințe neintenționate" actuale și potențiale. Termenul comun pentru asemenea consecințe neintenționate și nedorite este „ghinion". În general, cu cât este mai complexă acțiunea, cu atât crește probabilitatea apariției unor astfel de consecințe neintenționate.

Uneori, pentru că știm că acțiunile complexe, inclusiv administrarea de medicamente psihotrope, pot duce la consecințe neintenționate și nedorite, credem, în mod eronat, că acestea nu ar trebui înfăptuite niciodată. Aceasta este o *reacție de evitare a riscului*, provocată de teamă.

Reacția opusă, numită *reacția de negare a riscului*, este de asemenea, provocată de teamă. Această abordare propune ca, din moment ce pot exista consecințe neintenționate pentru orice acțiune, ar trebui pur și simplu să continui, să faci orice sugerează medicul și „să nu te mai gândești la asta". Varianta aceasta le permite oamenilor să ia decizii fără a avea informații suficiente și îi împiedică să acționeze în sensul reducerii la minim a posibilității apariției efectelor secundare.

Încurajez o cale de mijloc. Fiți clar în privința beneficiilor medicamentelor administrate copilului dumneavoastră și fiți conștient de posibilele efecte secundare ale acestora. Rețineți, „să nu faceți nimic" este, fără doar și poate, o acțiune. Sursele tulburării, ale dezechilibrului sau durerii copilului dumneavoastră se schimbă în permanență. Dacă nu faceți nimic, problema se poate remedia singură sau se poate agrava.

Dacă adoptați poziția de mijloc, va trebui să învățați să tolerați incertitudinea atunci când luați o decizie. Adesea, este dificil să decizi dacă „acțiunea" (administrarea unui medicament sau a psihoterapiei) sau lipsa ei (nerespectarea acestor pași) va duce la consecințe neintenționate, fie ele pozitive sau negative.

MEDICAMENTE PENTRU COPII ȘI EFECTE SECUNDARE

Efectele secundare pot să apară în urma administrării oricărui medicament, convențional sau alternativ. Părinților li se poate părea destul de intimidantă lista de efecte secundare posibile la un anumit medicament. Rețineți următoarele:

- Medicamentele nu au avut niciodată efecte secundare asupra multor copii.
- Nici chiar efectele secundare comune nu apar în general la majoritatea pacienților care iau acel medicament.
- Efectele secundare mai grave sunt mai bine abordate dacă este cunoscută posibilitatea apariției lor și dacă se discută cu medicul despre cea mai adecvată măsură care trebuie luată la primul semn al apariției lor.

Nu uitați că, deși toate medicamentele psihotrope pot cauza *sedarea* (efectul secundar de somnolență sau amețeală), acest lucru este, de obicei, legat de *doza* de medicament care a fost administrată. Dacă este redusă cantitatea de medicament, efectul de sedare dispare. Adeseori părinții îmi spun: „Nu vreau ca fiul meu să fie un zombi". Le răspund că nici eu nu doresc ca fiul lor să fie un zombi. O parte a profesiei mele și a fiecărui psihiatru constă în căutarea dozajului potrivit al medicamentelor, astfel încât acestea să își facă efectul, dar fără să sedeze.

În ultimii ani, medicamentele folosite frecvent în tratamentul copiilor și al adolescenților au primit avertizarea „chenar negru" din partea Departamentului American pentru Alimente și Medicamente (FDA). Lista cu medicamentele ce au primit această avertizare include inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) și alte antidepresive folosite în tratarea depresiei și a tulburărilor

anxioase (vezi grupele de medicamente 2 şi 4, de mai jos), precum şi medicamentele stimulante şi nestimulante utilizate în tratamentul ADHD (grupa 1 de medicamente, de mai jos).

Avertizarea de tip „chenar negru" (peste 325 de medicamente au primit această avertizare) se găseşte pe prospectul medicamentului, iar numele ei provine de la faptul că avertizarea apare într-un chenar dreptunghiular de culoare neagră, pentru a atrage atenţia asupra sa. Deşi există liste lungi de precauţii şi avertizări pentru majoritatea medicamentelor, avertizarea de tip „chenar negru" este cel mai puternic tip de avertizare dat de către FDA. Numărul de studii ştiinţifice efectuate pe medicamentele folosite pentru copii şi adolescenţi este mai mic decât cel pe medicamentele pentru adulţi şi foarte mic în comparaţie cu gradul lor de folosire. Avertizarea „chenar negru" conţine de obicei informaţii referitoare la riscurile importante la care se expun copiii şi adolescenţii care folosesc medicamentele respective. Acesta indică faptul că nu există suficiente studii referitoare la utilizarea medicamentului respectiv la copii sau la adolescenţi şi, în consecinţă, nu a fost aprobată folosirea sa în populaţia pediatrică. Antidepresivele şi stimulantele au fost şi sunt în continuare folosite pe scară largă, dar avertizarea de tip „chenar negru" a dus la o precauţie crescută a utilizării lor. Medicamentele folosite într-un mod care nu este aprobat în totalitate de către FDA sunt considerate ca fiind *neautorizate* (a se citi discuţia asupra antidepresivelor pentru o mai bună perspectivă asupra acestora). Este important ca dumneavoastră să vă fie clară semnificaţia efectelor secundare şi la care dintre ele să fiţi foarte atent. Întrebaţi şi discutaţi despre acestea împreună cu medicul copilului.

Odată ce copilul dumneavoastră a început să urmeze un tratament, *medicul, dumneavoastră şi copilul ar trebui să colaboraţi pentru a atinge echilibrul dintre efectele pozitive dorite şi efectele negative nedorite.* Acest lucru este uşor atunci când beneficiile pot fi clare, iar efectele secundare fie nu există, fie sunt minime. De

asemenea, este uşor, dar şi dezamăgitor, atunci când beneficiile nu există, iar efectele secundare negative sunt evidente. Este greu de luat o hotărâre când una dintre următoarele afirmații este adevărată:

- beneficiile şi efectele secundare sunt prezente în mod egal;
- inițial, beneficiile par să fie mai mici decât efectele secundare nedorite, dar, la un moment dat, în timpul tratamentului, balanța se schimbă.

În aceste cazuri, de obicei recomand o perioadă de aşteptare, pentru a vedea dacă efectele secundare scad în intensitate. Dacă acestea sunt prea chinuitoare, atunci aşteptarea nu este o opțiune. În acest caz, poate fi încercat un alt medicament, cu un alt tip de efecte secundare. În viitorul apropiat, medicul va avea la dispoziție un test de sânge necostisitor pentru a decide măsura în care o persoană este expusă efectelor secundare ale unui anumit medicament.

MEDICAMENTE ŞI EFECTELE SECUNDARE ALE MEDICAMENTELOR PENTRU PROBLEME DE SĂNĂTATE MENTALĂ

Următoarea secțiune, bazată pe experiența mea clinică şi pe literatura de specialitate, vă pune la dispoziție informații pentru a înțelege mai bine medicamentele convenționale. Pentru fiecare dintre cele cinci categorii de simptome voi enumera medicamentele folosite în tratarea lor şi efectele secundare ale acestora (cele comune şi cele grave).

Nu voi aminti efectele secundare pentru fiecare marcă de medicamente. În loc de asta, mă voi concentra pe grupele de

medicamente orientate spre acelaşi tratament. (Acest lucru nu este valabil în cazul grupului de stabilizatori ai dispoziţiei, pentru că fiecare medicament are oarecum un alt tip de efecte secundare.) Pentru informaţii referitoare la mărci de medicamente, citiţi prospectul care însoţeşte medicamentul pe care îl ia copilul dumneavoastră sau întrebaţi medicul ori farmacistul.

Mai jos voi enumera grupele de medicamente şi cele cinci categorii principale de simptome corespunzătoare pentru care sunt folosite acestea:

1. Medicamente pentru simptome de lipsă de atenţie, impulsivitate, hiperactivitate şi lipsă de concentrare (tabelele 9.1 şi 9.2);
2. Medicamente pentru simptome de depresie (tabelul 9.3);
3. Medicamente pentru simptome de tulburare bipolară şi de instabilitate severă a dispoziţiei (tabelul 9.4);
4. Medicamente pentru simptome de anxietate (tabelul 9.5);
5. Medicamente pentru simptome de psihoză (schizofrenie, paranoia), tulburări grave de dispoziţie (depresie severă sau instabilitate a dispoziţiei/tulburare bipolară severe), anxietate severă, agresivitate severă, agitaţie severă şi sindromul Tourette (tabelul 9.6).

În explicaţiile de mai jos, întâi voi menţiona cea mai comună denumire a unui medicament. Uneori, prima denumire a unui medicament este un nume de marcă, alteori este denumirea generică. Voi menţiona *denumirea generică* folosind caractere cursive, iar *numele mărcii* cu *iniţiale majuscule*. Textul de după fiecare tabel dezvoltă informaţia prezentată în acesta.

1. LIPSA DE ATENȚIE, IMPULSIVITATEA, HIPERACTIVITATEA ȘI LIPSA DE CONCENTRARE

Acest grup de medicamente conține numeroase stimulante binecunoscute, utilizate în tratamentul pentru ADHD, cu și fără hiperactivitate. Principala diferență dintre aceste medicamente este durata de timp în care fiecare este eficient și dacă este similar cu Ritalin (metilfenidat) sau cu Dexedrine (amfetamină).

Efectele pozitive ale stimulantelor pot fi observate rapid, de obicei în câteva ore, când este stabilit dozajul optim. Plasturele necesită 1,5 ore pentru a fi eficient, iar afectul durează aproximativ trei ore după ce este îndepărtat, deci durata de timp acoperită este destul de flexibilă. Stimulantele sunt de obicei bine tolerate. Este mai probabil ca ele să aibă efecte benefice decât efecte secundare grave, iar acestea sunt observate rapid.

Totuși, este important să îi comunicați medicului copilului dacă în familia dumneavoastră există cazuri de boli cardiovasculare sau de deces brusc din cauze necunoscute, al unui membru al familiei mai tânăr de 40 de ani, sau dacă fiul/fiica dumneavoastră are o anomalie cardiacă structurală (o gaură în inimă) sau simptome de durere în piept, amețeală sau senzație de leșin asociate cu efortul fizic. Având aceste informații, medicul va putea decide dacă stimulantele sunt indicate în acest caz.

Unii copii care iau aceste medicamente pot să dezvolte *ticuri*: mici mișcări motorii involuntare ale feței, gâtului sau ale trunchiului superior. Acestea tind să se oprească odată cu încetarea tratamentului. Dacă se dezvoltă ticuri importante, împreună cu medicul puteți decide dacă să continuați tratamentul cu stimulante și să adăugați și un alt medicament care să reducă efectul secundar reprezentat de ticuri. De asemenea, puteți hotărî să încetați tratamentul cu stimulante și să încercați alte medicamente, care, poate, deși nu sunt la fel de eficiente, nu provoacă ticuri.

Când urmează tratamentul cu aceste medicamente, copilul nu trebuie să facă teste de sânge la anumite intervale de timp (doar dacă se află sub tratament cu alte medicamente care necesită analize). Unii experţi sunt îngrijoraţi că folosirea pe termen lung a acestor stimulante poate afecta creşterea copiilor. Alţii nu prezintă semne de îngrijorare, menţionând că nu au fost demonstrate efecte negative pe termen lung asupra creşterii copiilor.

Deşi se poate face abuz de stimulante, nu există niciun indiciu că administrarea adecvată a acestora cauzează dependenţă. În realitate, studiile au arătat o scădere a riscului de abuz de substanţe la persoanele care iau tratament pentru ADHD, în comparaţie cu cele care nu urmează tratament. Vyvanse este o nouă formă de amfetamină, care este mai puţin probabil să cauzeze dependenţă datorită felului în care substanţa este metabolizată de organism.

În cele ce urmează voi prezenta mai multe detalii despre fiecare medicament nestimulant.

Strattera (*atomoxetine*), un tip de medicament inhibitor selectiv *noradrenergic*, este un medicament nestimulant folosit în tratamentul simptomelor tulburării de deficit de atenţie/hiperactivitate. Oferă nişte avantaje remarcabile şi este diferit faţă de medicamentele stimulante.

- Durează 24 de ore şi necesită administrarea o dată sau de două ori pe zi. Astfel, sunt utile în special copiilor cu probleme de concentrare care au de efectuat unele sarcini de dimineaţă.
- Este mai puţin probabil să cauzeze anxietate decât stimulantele. Din acest motiv pot fi preferate în cazul în care problemele de atenţie sunt însoţite de schimbări de dispoziţie şi de anxietate.
- Nu par să cauzeze ticuri, fiind astfel utile pentru un copil cu sindromul Tourette.

Tabelul 9.1 Medicamente stimulante pentru lipsă de atenție, impulsivitate și hiperactivitate și efectele lor secundare

Tipul de medicament stimulant	*Tip Ritalin (metilfenidat)*	*Tip amfetamină (dextroamfetamină)*
Medicație specifică de scurtă durată	Stimulant de tip Ritalin care durează între 3 și 5 ore: Ritalin generic/*metilfenidat* Focalin	Stimulant de tip amfetamină care durează 4–6 ore: Dexendrine generic/ *dextroamfetamină*
Medicație specifică de durată medie	Stimulante de tip Ritalin care durează între 6 și 8 ore: Metadate ER (5–6 ore) Ritalin ER Metadate CD (6–8 ore)	Stimulant de tip amfetamină care durează 4–6 ore: Adderall
Medicație specifică de lungă durată	Stimulant de tip Ritalin care durează până la 12 ore: Concerta (10–12 ore) Ritalin LA (8–12 ore) Focalin XR (8–12 ore) Daytrana, un plasture, (variabil: 2–12 ore)	Stimulant de tip amfetamină care durează până la 12 ore: Adderall XR (10–12 ore) Vyvanse (*lisdexamfetamină*) (12 ore)

Listă parțială de efecte secundare *comune* care pot să apară la toate stimulantele.
Pentru majoritatea simptomelor enumerate, posibilitatea de apariție este mai mică de unu la zece pacienți. ***Severitatea variază*** de la medie la mare: apetit scăzut, ticuri, cefalee, durere de stomac, anxietate, insomnie.

Listă parțială de efecte secundare *grave* care pot să apară la toate stimulantele.
Pentru majoritatea simptomelor enumerate, posibilitatea de apariție este mai mică de unu la 100 de pacienți, adesea mai mică de unu la 1 000 de pacienți: aritmii, convulsii, accident vascular cerebral, infarct, psihoză, sindromul Tourette.

Tabelul 9.2 Medicamente nestimulante pentru lipsă de atenţie, impulsivitate şi hiperactivitate şi efectele lor secundare

Tipuri de medicamente nestimulante	*Inhibitor selectiv noradrenergic nestimulat*	*Nestimulant de tip alfa agonist*	*Nestimulant de tip antidepresiv*
Medicamente nestimulante specifice	Strattera (*atomoxetină*) durează 24 de ore	*Clonidine*, durează 4 ore Tenex (*guanfacină*) durează 6–12 ore	Wellbutrin (*bupropionă*) durează 24 de ore
***Listă parţială de efecte secundare* comune.** Majoritatea simptomelor enumerate apar la mai puţin de unu din zece pacienţi.	Gură uscată, dureri de stomac, insomnie, constipaţie, oboseală, ameţeală	Gură uscată, oboseală, ameţeală, constipaţie, tensiune scăzută	Greaţă, insomnie, gură uscată, tremur, cefalee, agitaţie, vedere înceţoşată
***Listă parţială de efecte secundare* grave.** Pentru majoritatea simptomelor enumerate, apar la mai puţin de unu din 100 de pacienţi şi deseori la mai puţin de unu din 1 000.	Tensiune mare, toxicitate hepatică, gânduri sinucigaşe	Hipertensiune arterială gravă, dacă este întrerupt brusc	Convulsii, aritmie, conduită suicidală, psihoză, reacţii cutanate grave

- Pot fi administrate individual pentru simptome uşoare sau împreună cu medicamente de tip stimulant, în cazul simptomelor mai grave.
- Nu necesită analize sangvine. Efectele negative asupra apetitului şi somnului par să fie mai puţin frecvente decât în cazul medicamentelor stimulante.

- Nu par să fie la fel de utile ca stimulantele în tratarea impulsivității sau a hiperactivității grave.

Clonodine (Catapres) și Tenex (*guanfacine*), ambele din categoria alfa agoniste, au avantajul de a nu cauza creșterea anxietății, spre deosebire de stimulante. Aceste medicamente:

- pot fi folosite individual sau împreună cu stimulante, dacă hiperactivitatea, anxietatea și agresivitatea au niveluri ridicate;
- sunt în general bine tolerate și își pot face efectul în câteva zile sau într-o săptămână, dacă se obține un dozaj optim;
- pot cauza o sedare excesivă, care se rezolvă reducând dozajul;
- este nevoie ca administrarea lor să fie inițiată și oprită lent, întrucât pot cauza tensiune arterială scăzută dacă doza este crescută prea rapid sau hipertensiune dacă este redusă brusc;
- este indicat să fie administrate după efectuarea unei electrocardiograme (EKG), pentru a ne asigura că respectivul copil nu suferă de aritmie, care ar putea fi agravată de medicamente.

Wellbutrin (*bupropion*) este un antidepresiv nestimulant. Acesta:

- poate fi utilizat atunci când stimulantele sunt ineficiente sau când depresia este evidentă și ADHD nu;
- este în general bine tolerat;
- la doze mari, trebuie utilizat cu precauție. Se suspectează apariția *convulsiilor*, în special dacă pacientul prezintă și alți factori care pot duce la convulsii (ca de pildă epilepsie, anorexie sau bulimie).

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2. DEPRESIA

Medicamentele pentru reglarea dispoziției sunt împărțite în două categorii. Prima categorie (tabelul 9.3) include *antidepresivele*, medicamente utilizate pentru tratarea simptomelor depresiei (cum ar fi: dispoziție proastă, energie scăzută, somn întrerupt și gânduri sinucigașe). A doua categorie (tabelul 9.4) include *stabilizatori ai dispoziției*, utilizați pentru a trata simptomele tulburării bipolare sau instabilitatea severă a dispoziției (cum ar fi: stări schimbătoare, exuberante sau foarte iritabile care alternează cu sau sunt însoțite de depresie). După obținerea dozei terapeutice, viteza instalării efectului medicamentelor antidepresive variază de la zece zile la câteva săptămâni.

Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS):

- constituie de obicei prima alegere de antidepresive pentru copii și adolescenți deoarece sunt mai bine tolerate și prezintă o mai mare siguranță în caz de supradozaj decât alte antidepresive;
- beneficiile sunt mai importante decât efectele secundare.

În 2004, mai mulți cercetători și medici clinicieni au ridicat semne de întrebare cu privire la frecvența efectelor secundare grave, de tipul gânduri și comportament sinucigaș la copiii care au luat medicamentul ISRS Paxil. Conform cercetătorilor britanici, copiii cărora le-a fost administrat Paxil au prezentat mai multe gânduri și comportament sinucigaș decât era preconizat. Cercetătorii au recomandat ca Paxil să nu mai fie utilizat pentru copii și adolescenți. Însă dacă un copil a urmat un tratament îndelungat cu Paxil, iar acesta a fost de ajutor, s-a considerat că este întemeiat ca medicul și părinții să opteze pentru continuarea tratamentului.

După îngrijorarea cu privire la Paxil, o problemă similară a apărut în privința tuturor medicamentelor ISRS (cu excepția

Tabelul 9.3 Medicamente pentru simptomele depresiei și efectele lor secundare

Tipuri de medicamente antidepresive	*ISRS și antidepresive de tip ISRS*	*Antidepresive cu acțiune dublă*	*Antidepresive neclasificate*	*Antidepresive triciclice*
Anumite tipuri de antidepresive	Prozac (*fluoxetină*), Zoloft (*sertralină*), Paxil (*paroxitină*), Celexa (*citalopram*), Lexapro (*escitalopram*), Remeron (*mirtazapină*)	Effexor (*venlafaxină*), Cymbalta (*duloxetină*)	Wellbutrin (*bupropionă*)	Tofranil (*imipramină*), Pamelor (*nortriptilină*), Norpramin (*desipramină*)
Listă parțială de efecte secundare **comune** pentru diferite grupe de antidepresive. Majoritatea simptomelor enumerate apar la mai puțin de unu din zece pacienți, dar unele apar la unu din cinci pacienți. ***Severitatea variază*** de la redusă la crescută.	Greață, cefalee, probleme de somn, anxietate, oboseală, lipsa apetitului, tremur, transpirație excesivă, libido scăzut, alte probleme de ordin sexual.	Greață, cefalee, amețeală, probleme de somn, constipație, anxietate, oboseală, impotență, hipertensiune.	Greață, probleme de somn, gură uscată, tremur, cefalee, agitație, vedere încețoșată.	Somnolență, gură uscată, amețeală, constipație, vedere neclară, palpitații, apetit crescut, greață, probleme urinare.

BOSTON UNIVERSITY LIBRARY

Listă parțială de efecte secundare grave pentru diferite grupe de antidepresive. Acestea nu sunt frecvente; majoritatea simptomelor enumerate apar la mai puțin de unu din 100 de pacienți și unele apar la unu din 1 000 de pacienți.	Înrăutățirea depresiei, suicid, convulsii, manie, erupții cutanate grave, simptome de sevraj, mișcări motorii anormale.	Înrăutățirea depresiei, comportament suicidal, convulsii, psihoză, hipertensiune arterială gravă, simptome de sevraj, mișcări motorii anormale.	Înrăutățirea depresiei, comportament suicidal, convulsii, aritmie, psihoză, manie, erupții cutanate grave.	Înrăutățirea depresiei, comportament suicidal, aritmie, infarct, accident cerebral, convulsii, psihoză, manie, intestin subțire paralizat.

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Prozacului). Această îngrijorare a fost strâns legată de creşterea sentimentelor de agitaţie şi tensiune pe care unele persoane le prezintă atunci când iau pentru prima oară aceste medicamente. Acestea se manifestă ca nevoia de mişcare, de exemplu de a face paşi sau de a sări, utilizatorii declarând că „simt că aş vrea să sar din pielea mea".

Cu astfel de noi cunoştinţe despre prevalenţa unor asemenea efecte secundare îngrijorătoare, experţii au dezbătut precauţiile necesare în utilizarea acestor medicamente la copii şi adolescenţi; unii specialişti au dorit să se înceteze complet prescrierea acestor medicamente pentru copii şi adolescenţi. Însă deoarece aceste medicamente pot fi extrem de utile, o serie de experţi nu au fost de aceeaşi părere.

Majoritatea clinicienilor, inclusiv eu, sunt de părere că:

- dozate atent, beneficiile generale ale acestor medicamente sunt de departe mai importante decât posibilitatea redusă ca ele să înrăutăţească lucrurile;
- se recomandă monitorizarea atentă a agravării simptomelor, cum ar fi ideaţia suicidară şi agitaţia crescută, în special în primele trei luni de administrare;
- cum efectele secundare uşoare dispar adeseori, medicul poate să recomande cu uşurinţă continuarea tratamentului cu antidepresive de tip ISRS timp de câteva săptămâni, pentru a vedea dacă apar sau cresc efectele benefice şi dacă cele îngrijorătoare se reduc sau dispar;
- continuă investigaţia ştiinţifică a acestei probleme.

De obicei, în tratamentul cu ISRS nu se fac analize sangvine periodice şi nu este necesară nici efectuarea unei EKG. În continuare voi descrie alte medicamente specifice, utilizate în tratamentul simptomelor depresiei.

Effexor (*venlafaxină*):

- poate fi util, chiar dacă medicamentele tip ISRS nu au fost;
- are o instaurare mai rapidă a efectelor pozitive în comparaţie cu majoritatea antidepresivelor;
- poate cauza *hipertensiune arterială*, care este monitorizată prin verificarea tensiunii în prima săptămână de administrare şi apoi la creşterea dozajului;
- nu necesită analize sangvine periodice sau o EKG.

Wellbutrin (*bupropionă*)

- foarte util, chiar dacă medicamentele ISRS nu au fost;
- dacă este administrat în doze mari, poate cauza *convulsii;* acest risc este crescut dacă pacientul prezintă şi alţi factori care pot duce la convulsii (cum ar fi epilepsia sau o tulburare de comportament alimentar);
- nu necesită analize sangvine periodice sau o EKG.

Antidepresive triciclice

- la unii copii, produc rezultate pozitive şi doar câteva efecte secundare, iar la alţii, mai multe rezultate mixte sau negative;
- uneori cauzează uscăciunea gurii, constipaţie şi senzaţie de leşin la ridicarea bruscă de jos, chiar dacă reducerea dozei poate duce la scăderea efectelor secundare;
- tratamentul cu acestea este de obicei început după o EKG. Un copil care are chiar şi o mică aritmie nu poate lua aceste medicamente;
- sunt folosite mai puţin frecvent decât medicamentele ISRS din cauza posibilelor efecte secundare cardiace şi de altă natură.

Dacă psihiatrul de copii este convins că fiul dumneavoastră depresiv poate avea o tulburare bipolară a dispoziției:

- este posibil să nu folosească antidepresive pentru partea depresivă a unei tulburări bipolare, ci mai degrabă să trateze depresia cu un stabilizator al dispoziției;
- poate să nu folosească doar un antidepresiv, deoarece comportamentul și dispozițiile irascibile ale unui copil cu tulburare bipolară se pot înrăutăți;
- poate să utilizeze un antidepresiv împreună cu un stabilizator al dispoziției.

3. TULBURAREA BIPOLARĂ ȘI TULBURAREA GRAVĂ A DISPOZIȚIEI

Stabilizatorii dispoziției enumerați în tabelul 9.4 includ litiul, medicamentele antiepileptice (MAE) și neurolepticele. Aceste medicamente pot fi folosite și pentru irascibilitate extremă și agresivitate, chiar și în lipsa altor indicații clare de tulburare a dispoziției.

Stabilirea unei „elecții primare" pentru medicamentele antiepileptice înseamnă de obicei că:

- medicamentele au fost utilizate pe scară largă;
- eficiența lor a fost dovedită prin studii științifice riguroase;

Stabilirea unei „elecții secundare" înseamnă că:

- medicamentul se utilizează de puțin timp ca stabilizator de dispoziție;
- eficiența sa, atunci când este folosit singur, nu a fost suficient dovedită de studii științifice.

BCU IASI CENTRUL UNIVERSITAR LIBRARY

Litiul:

- se prezintă sub două forme, cu acțiune rapidă (*litiu carbonic*) și cu acțiune îndelungată (Eskalith, Lithobid);
- există în stare naturală, fiind diferit astfel de celelalte medicamente stabilizatoare ale dispoziției care sunt artificiale;
- a fost primul medicament cu impact semnificativ asupra tulburării bipolare, cu o utilizare pe scară largă începând încă dinaintea anilor 1970, continuând să fie prima alegere în tratamentul tulburării dispoziției;
- are un profil de efecte secundare diferit de alți stabilizatori ai dispoziției;
- are dozaj optim, determinat prin notarea îmbunătățirii care a avut loc la o anumită doză și prin măsurarea nivelului litiului din sânge;
- există o diferență mică între cantitatea din sânge care este utilă și cea care provoacă efecte secundare toxice;
- medicul copilului trebuie să urmărească îndeaproape nivelul litiului din sânge pentru că acesta se poate modifica, chiar și după ce a fost obținută și administrată o doză optimă;
- se poate ajunge la un interval toxic (care poate fi măsurat în sânge), din cauza anumitor medicamente și a unor stări fizice (ca deshidratarea cauzată de transpirație excesivă sau de diaree);
- în cantități excesive în corp, are efecte toxice care includ:
  - sete și urinare excesivă,
  - tremur,
  - stări modificate ale conștiinței.

Folosirea pe termen lung a litiului poate afecta tiroida și rinichii:

- specialistul care vă tratează copilul va monitoriza efectul litiului asupra tiroidei și rinichilor prin diferite analize sangvine periodice;

Tabelul 9.4 Medicamente pentru simptomele tulburării bipolare/tulburării grave a dispoziției și efectele lor secundare

Tipuri de stabilizatori ai dispoziției	*Litiul*	*Elecție primară a medicamentelor antiepileptice*	*Elecție secundară a medicamentelor antiepileptice*	*Neuroleptice atipice*
Stabilizatori specifici ai dispoziției	Eskalith Lithobid (*litiu carbonic*)	Tegretol (*carbamazepină*), Depakote (*divalproex*), Depakene (acid *valproic*), Lamictal (*lamotrigină*)	Gabitril (*tiagabină*), Neurontin (*gabapentină*), Topomax (*topiramat*), Trileptal (*oxcarbazapină*)	Abilify, Geodon, Risperidal, Seroquel, Zyprexa, Clozaril
Listă parțială de efecte secundare **comune** pentru diferite grupe de stabilizatori ai dispoziției. Majoritatea simptomelor enumerate apar la mai puțin de unu din zece pacienți, dar unele apar la unu din cinci pacienți. ***Severitatea variază*** de la redusă la crescută.	Tremor, urinare frecventă, diaree, greață, somnolență, slăbire musculară, vedere încețoșată, creștere în greutate, acnee agravată.	Cefalee, greață, creștere în greutate, oboseală, diaree, căderea părului, anomalii vizuale, creșterea enzimelor hepatice, amețeală.	Oboseală, amețeală, mers tremurat, vedere încețoșată, greață.	Vezi tabelul 9.6.

BCU CLUJ / UNIVERSITY LIBRARY

Listă parţială de efecte secundare **grave** pentru diferite grupe de antidepresive. Acestea nu sunt frecvente; majoritatea simptomelor enumerate apar la mai puţin de unu din 100 de pacienţi şi unele apar la unu din 1 000 de pacienţi.	Convulsii, aritmie, tulburări tiroidiene, disfuncţii ale rinichilor, număr crescut de globule albe, presiune intracraniană crescută.	Inflamarea ficatului sau a pancreasului, scăderea severă a globulelor albe sau roşii, reacţii cutanate toxice grave, anomalii congenitale.	Număr scăzut de globule albe (Neurontin), convulsii (Gabitril), anomalii ale ţesutului osos sau ale sângelui, toxicitate hepatică sau cutanată (Topomax), similar cu Tegretol, dar mai puţin frecvent (Trileptal)	Vezi tabelul 9.6.

BC CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- întreruperea funcționării tiroidei poate fi tratată cu o doză mică de medicamente tiroidiene. Dacă tratamentul cu litiu este întrerupt, tratarea tiroidei poate fi continuată sau nu. Experții nu au căzut de acord în privința faptului că litiul cauzează o anomalie a tiroidei sau doar declanșează o problemă deja existentă;
- o incertitudine similară există și în privința efectului litiului asupra rinichilor. Dacă medicul dumneavoastră observă vreun efect negativ, pe termen lung, asupra rinichilor copilului, de obicei el va întrerupe administrarea lui.

MAE ca stabilizatori de dispoziție:

- Au fost utilizate inițial ca remediu pentru convulsii, motiv pentru care sunt numite „medicamente antiepileptice" și „medicamente stabilizatori ai dispoziției";
- ca și litiul, pot produce, aparent, schimbări miraculoase;
- toate pot cauza efecte secundare grave, iar rareori pot pune viața în pericol;
- sub o monitorizare atentă sunt suficient de sigure, produc efecte secundare grave într-un procentaj foarte mic și deseori reprezintă singura soluție disponibilă.

În continuare voi descrie MAE stabilizatori specifici ai dispoziției.

Depakote (*divalproex*)

- Poate fi înlocuit de o formă chimică similară numită Depakene (*acid valproic*);
- Are o doză optimă care este determinată prin notarea ameliorării observate la o anumită doză și prin măsurarea nivelului de Depakote din sânge, prin analize sangvine periodice;

- Este monitorizat prin analize sangvine periodice, pentru a evita nivelurile toxice şi pentru a verifica efectele secundare posibile asupra ficatului;
- Are drept efect secundar comun creşterea în greutate.

Unele efecte secundare grave ale Depakote-ului nu pot fi monitorizate prin analize sangvine. Medicii copilului se bazează pe dumneavoastră să le atrageţi atenţia asupra anumitor probleme de ordin fizic, cum ar fi:

- durere abdominală acută (posibil pancreatită);
- modificări semnificative în ciclul menstrual (posibil ovare disfuncţionale).

Tegretol (*carbamazepină*):

- Este monitorizat prin analize sangvine periodice pentru a evita nivelurile toxice şi pentru a verifica existenţa efectelor secundare asupra ficatului şi a sistemului circulator.

Unele efecte secundare grave ale Tegretolului nu pot fi monitorizate adecvat prin analize sangvine. Medicii copilului se bazează pe dumneavoastră să le atrageţi atenţia asupra anumitor probleme de ordin fizic, cum ar fi:

- durere în gât însoţită de febră mare (cauzată probabil de un număr scăzut de globule albe);
- erupţie cutanată, mai ales la începutul tratamentului (un posibil început de reacţie adversă cutanată gravă).

Lamictal (*lamotrigină*):

- Are o doză optimă determinată doar prin observarea gradului de ameliorare care a existat la o anumită doză, şi *nu*

prin măsurarea nivelului din sânge, prin analize sangvine periodice;

- Dozele trebuie crescute *foarte lent*. Creşterea rapidă a dozajului măreşte posibilitatea apariţiei unei erupţii cutanate rare, care este posibil să pună viaţa în pericol;
- Poate produce o erupţie cutanată, care este îngrijorătoare mai ales dacă este însoţită de febră, durere de gât sau ceafă şi exoftalmie.

Trileptal (*oxcarbazapină*):

- Este înrudit cu Tegretol, dar efectele secundare grave sunt mai rare;
- Nu necesită monitorizarea nivelului din sânge;
- Are ca efect secundar principal grav sedarea excesivă;
- Este de regulă ales pentru că are mai puţine efecte secundare grave, deşi nu a fost atât de eficient ca Tegratolul în stabilizarea dispoziţiei.

Neurontin (*gabapentină*), Topomax (*topiramat*) şi Gabitril (*tiagabină*):

- Neurontin (*gabapentină*) şi Topomax (*topiramat*) nu necesită monitorizare sangvină.
- Neurontin (*gabapentină*) are puţine efecte secundare grave, deşi creşterea rapidă a dozei poate provoca o sedare excesivă;
- Topomax (*topiramat*) poate cauza scădere în greutate, motiv pentru care poate fi folosit împreună cu un stabilizator al dispoziţiei ce poate cauza creşterea în greutate;
- Topomax (*topiramat*) poate cauza o sedare excesivă şi dificultăţi de memorie, precum şi anomalii osoase şi sangvine.

- Gabitril (*tiagabină*) este o nouă descoperire în acest grup de MAE, iar nivelul său de eficienţă în tratamentul tulburării dispoziţiei nu a fost bine definit.

Neuroleptice atipice:

- Sunt din ce în ce mai folosite în tratamentul tulburărilor dispoziţiei care fie sunt intense sau extreme, fie nu răspund suficient de bine la stabilizatorii dispoziţiei, la MAE şi la litiu sau la administrarea individuală de antidepresive;
- Sunt medicamente opuse neurolepticelor „tipice" (vezi tabelul 9.6), care nu sunt folosite de obicei ca stablizatori ai dispoziţiei;
- Sunt numite şi *tranchilizante majore*, întrucât sunt folosite în foarte multe circumstanţe diferite: tulburări ale dispoziţiei sau bipolare, anxietate gravă, agitaţie gravă sau agresivitate şi sindromul Tourette.

4. ANXIETATEA

Medicamentele de mai jos sunt utilizate în tratarea sentimentelor de anxietate şi frică intense. Aceste sentimente pot să apară în multe circumstanţe şi locuri diferite şi pot fi însoţite de diferite gânduri şi comportamente.

Aceste medicamente pot fi adecvate dacă temerile copilului dumneavoastră:

- Sunt prezente în cea mai mare perioadă a stării de veghe. Copilul poate fi diagnosticat ca având o *tulburare anxioasă generală;*
- Copilul devine brusc foarte speriat, se simte copleşit şi trebuie să fugă. Poate să sufere de *atacuri de panică*. Dacă

astfel de episoade au loc în mod repetat, poate fi diagnosticat ca având o *tulburare de panică;*

- Apare inițial atunci când copilul este despărțit de dumneavoastră (când se duce la școală sau își petrece o noapte acasă la un prieten). Copilul poate să sufere de *angoasă de separare;*
- Apare ca o timiditate intensă, care duce la evitarea contactului cu colegi sau adulți oricând este posibil. Copilul poate avea o *fobie socială;*
- Copilul pare ca fiind foarte preocupat de anumite idei sau subiecte, uneori înfricoșătoare (obsesii), care apar împreună cu nevoia de comportamente repetitive (compulsii), utilizate pentru a contracara acele idei înfricoșătoare. Poate fi diagnosticat ca având o *tulburare obsesiv-compulsivă.*

Toate aceste situații sunt legate de o anexietate neobișnuit de intensă și tulburătoare, care poate beneficia de pe urma folosirii medicamentelor. Este demn de interes că:

- Multe dintre antidepresivele prezentate anterior, cum ar fi ISRS, sunt folosite pentru a trata această gamă de simptome (mai puțin pentru anxietatea generalizată);
- Anxietatea generalizată poate fi tratată mai eficient cu antidepresivul Effexor.

În cele ce urmează voi descrie medicamente specifice din această categorie.

ISRS:

- reprezintă cea mai comună primă alegere de medicamente pentru copii și adolescenți cu simptome de atacuri de panică, fobii sociale și obsesii/compulsii;
- sunt mai bine tolerate și se crede că sunt mai sigure în cazul supradozajului decât multe alte antidepresive;

BCU "SEVER ANTONESCU" LIBRARY

- necesită de obicei un dozaj mai mare pentru tratamentul simptomelor anxioase decât în cazul simptomelor depresive;
- au o viteză de debut a ameliorării simptomelor care variază de la zece zile la câteva săptămâni, odată ce a fost atinsă o doză terapeutică;
- de obicei au efecte secundare reduse (beneficiile sunt mai importante decât efectele secundare);
- pot cauza cefalee, probleme gastrointestinale şi impulsivitate sau agitaţie.

Datorită noii înţelegeri a prevalenţei efectelor secundare îngrijorătoare manifestate prin ideaţie şi comportament suicidar crescut, existente la unii copii după administrarea ISRS, experţii au recomandat prudenţă de fiecare dată când sunt folosite aceste medicamente. (Vezi mai multe discuţii detaliate despre ISRS în secţiunea despre antidepresive.) Trebuie monitorizată orice creştere a sentimentelor de agitaţie şi tensiune, pe care unii o pot avea la începutul administrării acestor medicamente. Această agitaţie poate apărea sub forma unei nevoi de mişcare, de exemplu de a păşi şi de a da din picior, şi a fost descrisă de cineva ca „simţeam că vreau să sar din pielea mea". Poate fi confundată cu o agravare a simptomelor de anxietate. Deoarece aceste medicamente pot fi extrem de utile şi incidenţa acestor probleme pare scăzută, ele încă se folosesc pe scară largă.

Majoritatea specialiştilor, inclusiv eu, cred următoarele:

- Cu un dozaj precaut, beneficiile totale ale acestor medicamente depăşesc de departe posibilitatea redusă de agravare a problemelor;
- Copiii care se află sub tratament cu astfel de medicamente trebuie monitorizaţi îndeaproape în vederea depistării unei agravări a simptomelor, cum ar fi apariţia ideaţiei suicidare sau o agitaţie crescută, în special în primele trei luni;

Tabelul 9.5 A Medicamente antidepresive pentru simptomele anxietății și efectele lor secundare

Tipul de antidepresiv pentru anxietate și tipul de anxietate tratat	*ISRS (pentru toate tipurile de anxietate)*	*Antidepresive triciclice (pentru anxietatea de separare sau obsesii și compulsii)*	*Alte antidepresive (pentru anxietate generalizată)*
Medicamente specifice	Prozac (*fluoxetină*), Zoloft (*sertralină*), Paxil (*paroxitină*), Celexa (*citalopram*), Lexapro (*escitalopram*), Remeron (*mirtazapină*)	Trofanil (*imipramină*), Norpramin (*desipramină*) + altele (pentru angoasa de separare), Anafranil (*clomipramină*) (pentru obsesii și compulsii)	Effexor (*venlafaxină*)
Listă parțială de efecte secundare **comune** pentru diferite grupe de stabilizatori de dispoziție. Majoritatea simptomelor enumerate apar la mai puțin de unu din zece pacienți, iar câteva apar la unu din cinci pacienți. ***Severitatea variază*** de la scăzută la crescută.	Greață, cefalee, insomnii, anxietate, oboseală, lipsă de apetit, tremor, transpirație excesivă, libido scăzut, alte probleme de natură sexuală.	Vezi tabelul 9.3.	Vezi tabelul 9.3.
Listă parțială de efecte secundare **grave** pentru diferite grupe de	Debutul sau agravarea depresiei, tendințe	Debutul sau agravarea depresiei, tendințe	Debutul sau agravarea depresiei, tendințe

antidepresive. Acestea nu sunt frecvente; majoritatea simptomelor enumerate apar la mai puţin de unu din 100 de pacienţi şi câteva apar la unu din 1 000 de pacienţi.	suicidare, convulsii, manie, erupţii cutanate grave, simptome de sevraj, mişcări motorii anormale.	suicidare, aritmie, infarct, accident vascular cerebral, convulsii, psihoză, manie, intestin subţire paralizat.	suicidare, aritmie, infarct, accident vascular cerebral, convulsii, psihoză, manie, intestin subţire paralizat.

Tabelul 9.5 B Alte medicamente pentru simptomele anxietăţii şi efectele lor secundare

Tipul de medicamente anxiolitice şi simptome tratate	*Benzodiazepine (pentru panică şi anumite situaţii care pot provoca anxietate)*	*Non-benzodiazepine (pentru anxietate generalizată)*
Medicamente specifice	Ativan (*lorazepam*) Klonopin (*clonazepam*) Valium (*diazepam*) Xanax (*alprazolam*) + altele	BuSpar (*buspironă*)
Listă parţială de efecte secundare **comune** pentru diferite grupe de stabilizatori ai dispoziţiei. Majoritatea simptomelor enumerate apar la mai puţin de unu din zece pacienţi, iar câteva apar la unu din cinci	Somnolenţă, confuzie, mers nesigur, cefalee, probleme de memorie, presiune arterială scăzută, modificări ale somnului.	Ameţeală, somnolenţă, cefalee, greaţă, gură uscată, concentrare scăzută.

pacienți. ***Severitatea variază*** de la redusă la crescută.		
Listă parțială de efecte secundare grave pentru diferite grupe de antidepresive. Acestea nu sunt frecvente; majoritatea simptomelor enumerate apar la mai puțin de unu din 100 de pacienți, iar câteva apar la unu din 1 000 de pacienți.	Respirație îngreunată, număr scăzut de globule albe, toxicitate hepatică, dependență/abuz.	Pot să apară, dar nu au fost semnalate.

- Cum unele dintre efectele secundare ușoare deseori dispar, medicul poate recomanda continuarea tratamentului cu ISRS pentru câteva săptămâni, pentru a vedea dacă efectele benefice vor apărea sau se vor intensifica, și dacă cele secundare se reduc;
- La unii copii cu o tendință către tulburare a dispoziției, un medicament ISRS folosit pentru a trata anxietatea poate cauza o agitație crescută și un comportament sau o dispoziție labilă. Acest tip de reacție poate duce la folosirea unui stabilizator al dispoziției sau a altor medicamente anxiolitice.

Analizele sangvine de rutină nu sunt de regulă realizate pentru prescrierea ISRS și nu este necesară o EKG.

Antidepresivele triciclice:

- funcționează bine și cu puține efecte secundare pentru unii copii cu angoasă de separare; alți copii au o experiență mixtă sau negativă;

BCU IASI UNIVERSITY LIBRARY

- pot fi folosite pentru a trata anxietatea la copiii cu ADHD;
- uneori cauzează gură uscată, constipaţie şi senzaţie de leşin la ridicarea bruscă. Reducerea dozei poate duce la diminuarea efectelor secundare;
- utilizarea lor începe *după* realizarea unei EKG. Aceste medicamente nu se administrează unui copil care are disfuncţii cardiace;
- sunt utilizate mai rar decât ISRS, din cauza posibilelor efecte cardiace şi a altor efecte secundare;
- includ doar o substanţă triciclică, *clomipramină* (Anafranil), care este utilizată pentru a trata tulburarea obsesiv-compulsivă;
- atunci când sunt folosite pentru a trata anxietatea la unii copii cu o tendinţă către tulburare a dispoziţiei, pot cauza o agitaţie crescută şi un comportament sau o dispoziţie labilă. Acest răspuns poate duce la folosirea unui stabilizator al dispoziţiei sau a altor medicamente anxiolitice.

Effexor (*venlafaxină*):

- poate fi util pentru anxietatea generalizată;
- la doze mai mari, are ca principal efect secundar îngrijorător hipertensiunea arterială, care este monitorizată prin măsurarea tensiunii copilului în timpul primei săptămâni de la începutul tratamentului cu Effexor şi apoi pe măsură ce este mărită doza;
- nu necesită testare sangvină periodică sau o EKG preliminară.

Benzodiazepine:

- sunt folosite cu foarte mare prudenţă la copiii mici (sub opt sau nouă ani), având în vedere că aceste medicamente pot face uneori ca un copil mic să devină mai agitat;

- sunt, de asemenea, folosite cu prudență la adolescenți, având în vedere că aceste medicamente creează dependență și se poate face abuz de ele;
- pot cauza sedare excesivă atunci când sunt administrate în doze mari; acest lucru poate fi redus prin ajustarea dozajului;
- beneficiilor lor sunt mai importante decât efectele secundare;
- nu trebuie *niciodată* administrate împreună cu alcool.

Non-benzodiazepine, BuSpar (*buspironă*):

- sunt diferite din punct de vedere chimic de benzodiazepine și asemănătoare, într-o oarecare măsură, cu ISRS;
- la o anumită doză, apariția efectelor pozitive poate dura câteva săptămâni;
- se limitează în mare parte la administrarea în cazul anxietății generalizate; nu sunt utile în atacuri de panică sau anxietate bruscă (spre deosebire de benzodiazepine);
- sunt deseori folosite împreună cu un ISRS sau cu alte medicamente;
- pot cauza probleme gastrointestinale;
- nu cauzează o agitație crescută la copiii mici și nici nu creează dependență sau risc de abuz;
- în cazul folosirii uzuale, nu necesită nici analize sangvine, nici o EKG.

BCU IASI

5. PSIHOZA, TULBURAREA GRAVĂ A DISPOZIȚIEI, ANXIETATEA GRAVĂ, AGRESIVITATEA SEVERĂ, AGITAȚIA GRAVĂ ȘI SINDROMUL TOURETTE

Simptomele psihotice, cum ar fi halucinațiile, gândirea paranoică sau ideile delirante (vezi Capitolul 2), pot fi tratate cu neurolepticele mai vechi, dar cel mai probabil vor fi tratate cu noile neuroleptice, numite și „neuroleptice atipice". Acestea au o gamă mai largă de efecte pozitive și mai puține efecte secundare neurologice. Câteva din noile medicamente pot fi folosite și pentru dispoziții extreme, anxietate, agresivitate și hiperactivitate.

În continuare, voi numi aceste medicamente (tipice și atipice) „tranchilizante majore", nu doar „medicamente neuroleptice", chiar dacă aceste medicamente au fost create pentru a trata psihoza (schizofrenia, paranoia, depresia psihotică și mania), acum sunt deseori folosite pentru o gamă largă de tulburări și situații pentru care termenul de psihoză este înșelător.

Vechile tipuri de neuroleptice/tranchilizante majore:

- Se folosesc în continuare atunci când nu se răspunde la noile tranchilizante majore sau atunci când există o anumită indicație pentru folosirea lor;
- Sunt mai puțin costisitoare decât noile tranchilizante majore;
- Pot provoca efecte secundare neurologice care apar sub formă de ticuri musculare sau spasme. Aceste mișcări pot să apară: 1. La scurt timp de la administrarea medicamentului și de regulă dispar de la sine sau cu ajutorul unui alt medicament sau 2. După tratamentul de lungă durată (caz în care se numește diskinezie tardivă), iar acestea pot fi ireversibile;
- Pot provoca o creștere a hormonului care mărește sânii și cauzează scurgeri mamare sau întrerupe ciclul menstrual;

Tabelul 9.6 Medicamente pentru simptomele psihozei/alte simptome extreme şi efectele lor secundare

Tipul de antipsihotic	*Vechi, „tipic"*	*Nou, „atipic"*
Medicamente specifice	Haldol (*haloperidol*) Mellaril (*thioridazină*) Thorazine (*chlorpromazină*) Trilafon (*perphenazină*) Stelazine (*trifluoperazină*) + multe altele	Abilify (*aripiprazol*) Clozaril (*clozapină*) Geodon (*ziprasidonă*) Risperdal (*risperidonă*) Seroquel (*quetiapină*) Zyprexa (*olanzapină*)
Listă parţială de efecte secundare* comune.** Pentru majoritatea simptomelor enumerate, frecvenţa acestora este de mai puţin de unu din zece pacienţi, dar câteva apar la unu din cinci pacienţi. ***Severitatea variază: de la scăzută la crescută.	Mişcări motorii anormale şi nelinişte pe termen scurt; somnolenţă, uscăciunea gurii, constipaţie, sensibilitatea sânilor şi scurgeri; anomalii menstruale; risc de arsuri solare.	Cefalee, ameţeală, oboseală, creştere în greutate, uscăciunea gurii, constipaţie, anomalii menstruale, colesterol crescut.
***Listă parţială de efecte secundare* grave.** Pentru majoritatea simptomelor enumerate, frecvenţa acestora este de mai puţin de unu din 100 de pacienţi şi deseori mai puţin de unu din 1 000.	Mişcări şi ticuri musculare anormale de lungă durată sau permanente, reacţii toxice grave, convulsii, bufeuri.	Diabet, accident vascular cerebral, boli cardiace.

- Ridică mai puţine probleme decât noile medicamente atipice, cu privire la efectele de lungă durată asupra sistemului cardiovascular, la sistemul de reglare a glicemiei şi la gestionarea colesterolului şi lipidelor din corp.

Noile tipuri de neuroleptice atipice/tranchilizante majore:

- Au fost folosite pe scară largă în ultimii zece ani;
- Nu necesită o monitorizare îndeaproape a sângelui, în afară de Clozaril (*clozapină*), care poate avea efecte negative asupra sistemului celulelor sangvine (în special asupra globulelor albe);
- Au o incidență redusă a efectelor secundare neurologice şi par să fie bine tolerate;
- Folosirea pe termen lung a fost recent asociată cu îngrijorări legate de modul în care influențează metabolismul corpului;
- Pot avea efecte negative asupra sistemului cardiovascular, a sistemului de reglare a glicemiei şi a gestionării colesterolului şi lipidelor.
- Pot provoca o creştere mare în greutate şi pot avea efecte metabolice negative asociate (Risperdal, Zyprexa, Seroquel şi Clozaril). Acest lucru este mai puțin probabil în cazul medicamentelor Geodon si Abilify.

Tabelul 9.7 oferă o privire rapidă asupra ariilor principale şi secundare de tratament pentru unele din cele mai folosite medicamente în farmacoterapia copilului: antidepresivele, stabilizatorii de dispoziție, neurolepticele atipice şi stimulantele.

6. MEDICAMENTE PENTRU ALTE TULBURĂRI SAU SIMPTOME SPECIFICE

Ticuri:

- Se referă de obicei la tulburarea sindromului Tourette;
- Pot fi tratate cu diverse medicamente, cum ar fi Clonidine, Tenex (*guanfacină*), Haldol, Risperdal, benzodiazepine sau cu unele ISRS.

Tulburări de somn:

- de obicei implică o dificultate continuă de a adormi;
- pot fi remediate de aceleaşi medicamente care tratează problema principală, cum ar fi un antidepresiv sau antipsihotic;
- pot fi remediate de acelaşi medicament care are ca efect secundar sedarea, cum ar fi Benadryl (*diphenhydramină*), Vistaril/ Atarax (*hydoxyzină*), Catapres (*clonidină*), Tofranil (*imipramină*) sau Desyrel (*trazodonă*).

Enurezis:

- poate fi remediat prin administrarea de Tofranil, DDAVP sau Ditropan;
- poate fi remediat şi printr-un dispozitiv de pregătire care trezeşte copilul la primul semnal de enurezis. Dispozitivul constă dintr-un senzor care detectează umezeala, cu un capăt ataşat pijamalei copilului, iar cu celălalt la o alarmă care se declanşează în momentul în care o picătură de urină atinge senzorul. Dispozitivul îl ajută pe copil să conştientizeze că este ud şi, folosit împreună cu încurajarea, va duce la trezirea din somn la primul semn al nevoii de a urina.

Tulburări de alimentaţie:

- pot fi tratate prin folosirea ISRS;
- pot fi remediate şi cu ajutorul altor medicamente destinate tuturor simptomelor care le însoţesc, cum ar fi depresie, panică sau gânduri obsesive.

Tulburare de stres posttraumatic:

- poate fi tratată cu ISRS, stabilizatori ai dispoziţie şi neuroleptice atipice;
- poate fi tratată de medicamente care se adresează unui simptom specific, cum ar fi teroarea, depresia, schimbări

Tabelul 9.7 Recapitulare sumară a medicamentelor şi a domeniilor în care se utilizează de obicei

Medicamente	*Lipsă de atenţie, impulsivitate, hiperactivitate şi lipsă de concentrare*	*Depresie*	*Tulburare bipolară şi tulburare gravă a dispoziţiei*	*Anxietate*	*Psihoză şi simptome grave de dispoziţie variabilă, anxietate, agresivitate şi agitaţie*
ISRS		P		P	
Effexor		P		P	
Wellbutrin	S	P			
Triciclice	S	P		S	
MAE şi stabilizatori ai dispoziţiei cu litiu		S	P		
Neuroleptice atipice		S	P		P
Stimulante	P				

P = utilizare primară în aceste tulburări
S = utilizare secundară în aceste tulburări

ale dispoziţiei, amintiri sub formă de imagini (flashback) şi imagini intruzive sau insomnia, care face parte din tulburare.

FARMACOTERAPIE: ÎNTREBĂRI FRECVENTE

Următoarele întrebări şi răspunsuri vă pot ajuta să luaţi decizii mai informate referitoare la farmacoterapie.

1. CARE ESTE CEA MAI POTRIVITĂ PERSOANĂ PENTRU A PRESCRIE MEDICAMENTE PENTRU COPILUL MEU ŞI DE CE?

Cea mai potrivită persoană este un specialist cu experienţă, care îndeplineşte următoarele criterii:

- Este capabil să realizeze o evaluare clinică sofisticată a copilului dumneavoastră dintr-o perspectivă psihologică şi medicală;
- Are cunoştinţe de specialitate şi multă experienţă în administrarea medicamentelor care se adresează emoţiilor şi comportamentului perturbat al copilului.

Psihiatrii de copii îndeplinesc cel mai bine aceste criterii. Din cauza numărului insuficient de psihiatri de copii, acest tip de specialist este posibil să nu fie imediat disponibil. Un pediatru, un medic de familie, pediatru specializat în dezvoltare sau psihiatru de adulţi poate, de asemenea, să asigure farmacoterapia pentru copilul dumneavoastră. De-a lungul ultimilor ani, unele asistente medicale, numite asistente cliniciene de specialitate, au beneficiat de pregătire în farmacoterapie psihiatrică şi de practică supervizată de un psihiatru. O astfel de asistentă poate asigura tratamentul medicamentos necesar copilului, mai ales dacă este consultat într-o clinică.

Dacă cel mai bine pregătit specialist nu este disponibil, dar situaţia este complicată, copilul poate începe tratamentul cu un alt specialist, urmând apoi să se transfere la un psihiatru de copii când există un loc liber. Pediatrul, medicul de familie sau un psihiatru de adulţi se poate consulta în permanenţă cu terapeutul copilului sau cu un psihiatru de copii, pentru a stabili cel mai bun tratament pentru copilul dumneavoastră. Aceste alternative nu sunt cele mai preferate căi, dar este posibil să fie singurele variante disponibile în momentul în care copilul dumneavoastră are nevoie de medicamente.

2. CUM DECID DACĂ FIUL SAU FIICA MEA SĂ IA MEDICAMENTE? COPILUL MEU VA LUA MEDICAMENTE ÎMPREUNĂ CU SAU ÎN LOC DE PSIHOTERAPIE?

Când simptomele copilului dumneavoastră sunt uşoare sau moderate, am tendinţa de a „aştepta să văd" dacă psihoterapia singură este suficient de utilă. Atunci când simptomele sunt grave, suferinţa este mare, iar îngrijorarea intensă este evidentă. Cel mai probabil, aş recomanda medicamente la debutul terapiei sau la scurt timp după aceasta.

Dacă simptomele copilului sunt mai serioase şi el este într-o stare de suferinţă, este potrivit să luaţi în considerare tratamentul cu medicamente, pe lângă psihoterapie. Medicaţia este justificată în cazul în care:

— viaţa copilului este atât de perturbată, încât el nu mai poate merge la şcoală;

— copilul nu mai poate relaţiona cu prietenii;

— există un pericol la adresa siguranţei copilului sau siguranţei celorlalţi;

— copilul funcţionează bine, dar este într-o mare suferinţă emoţională.

Întrebarea referitoare la folosirea medicamentelor *în loc de* psihoterapie este una greşită. În cazul în care copilul dumneavoastră prezintă simptome suficient de grave pentru a lua în considerare varianta medicamentelor, el ar trebui să beneficieze şi de o formă de psihoterapie. Dacă începeţi administrarea unor medicamente pentru copil fără să încercaţi psihoterapia, vă privaţi copilul şi familia de cea mai bună abordare. Medicamentele trebuie administrate „împreună cu", şi nu „în loc de" psihoterapie. Medicamentele şi psihoterapia oferă abordări diferite ale problemelor şi sunt utile în moduri diferite. Ele sunt complementare şi nu se pot înlocui una cu cealaltă.

3. CUM ÎMI DAU SEAMA DACĂ MEDICAMENTELE ÎȘI FAC EFECTUL?

Urmăriți o scădere în intensitate, durată și frecvență a comportamentului sau a stării emoționale problematice. Uneori, schimbările sunt destul de semnificative, dar de obicei au loc treptat și progresiv.

Spre deosebire de multe antibiotice sau de alte tipuri de medicamente pentru boli fizice, un anumit dozaj nu „e bun la toate" în cazul medicamentelor psihotrope. Unele medicamente, cum ar fi stimulantele, pot produce o schimbare în comportamentul copilului dumneavoastră în câteva zile după găsirea unei doze optime. Găsirea acelei doze optime poate dura câteva săptămâni sau mai mult. În cazul unor medicamente, cum ar fi antidepresivele, poate dura câteva săptămâni până la apariția schimbărilor pozitive, chiar și la o doză optimă, iar în cazul altora poate dura chiar și mai mult. Din acest motiv pot avea loc programări scurte la medic pentru evaluarea eficienței medicamentelor și pentru a face modificări ale tratamentului, mai ales la începutul farmacoterapiei.

Comportamentele specifice, pe care sperați să le observați, se modifică datorită medicamentelor. Comunicați aceste schimbări medicului copilului în timpul consultației. Uneori, un medic va hotărî dacă doza maximă rezonabilă a fost atinsă și dacă este timpul să încercați alt medicament. În majoritatea cazurilor de administrare a stabilizatorilor dispoziției, medicul poate să evalueze simptomele și să măsoare concentrația medicamentului din sângele copilului, obținând astfel un indicator al dozei optime.

Dacă medicul a încercat fără succes mai multe medicamente, este posibil să vă simțiți descurajat, dar nu renunțați pur și simplu. Împărtășiți medicului dezamăgirea și descurajarea dumneavoastră; comunicați-i îndoielile și incertitudinile. Medicul are nevoie de feedback pentru a putea lua cea mai bună decizie posibilă, mai ales atunci când lucrurile par să nu meargă prea bine.

4. CÂT TIMP VA DURA FARMACOTERAPIA?

Odată ce ameliorarea a avut loc şi copilul dumneavoastră pare să fie „la fel ca înainte" sau chiar mai bun, de obicei va continua să ia acel medicament încă 6–12 luni, până când se va încerca o doză mai mică. Acest lucru îi permite copilului să se stabilizeze şi să revină la nivelul de funcţionare de dinainte de debutul dificultăţii sale sau să ajungă la un nou nivel de funcţionare.

La sfârşitul perioadei respective, medicamentul este redus în paşi mici, într-un interval suficient de lung de timp, încât să vă daţi seama dacă fiul sau fiica rămâne stabil la o doză redusă. Doza medicamentului continuă să fie redusă până când se renunţă cu totul la el. Strategia se numeşte scăderea treptată a dozei medicamentului.

Dacă după reducerea dozei de medicament problema revine, atunci copilul poate să revină la doza iniţială, timp de încă 6–12 luni, înainte de o altă reducere. Dacă cea de-a doua tentativă este nereuşită, alte încercări de a micşora doza pot avea loc după ce copilul dumneavoastră a fost stabil pentru 12 luni întregi.

Pentru unele situaţii în care simptomele sunt grave şi renunţarea la medicamente poate duce la un comportament foarte îngrijorător sau periculos, modificările sunt făcute foarte lent. Uneori, medicul copilului dumneavoastră poate recomanda să nu se facă modificări timp de câţiva ani, mai ales atunci când se aşteaptă la stres şi tulburări, ca în cazul unui adolescent cu o tulburare serioasă care începe liceul. Într-o astfel de situaţie, folosirea medicamentelor poate să dureze până când se ajunge într-o perioadă mai stabilă din viaţa adultă. Desigur, pe măsură ce adolescentul creşte, el are un rol mai activ în hotărârea continuării tratamentului medicamentos. Momentul în care copilul va avea ultimul cuvânt de spus referitor la administrarea medicamentelor va veni în mod inevitabil. De aceea, este esenţial să vă implicaţi copilul (chiar şi la o vârstă fragedă) pe cât de mult

posibil în hotărârile luate în ceea ce priveşte medicamentele. În acest mod, resentimentele precoce legate de faptul de a nu avea niciun cuvânt de spus în privinţa medicamentelor şi senzaţia de a fi exclus nu vor afecta decizia lui în privinţa tratamentului, atunci când va fi mai mare şi va avea putere de decizie totală.

5. TRATAMENTUL MEDICAMENTOS VA CONTINUA ŞI FĂRĂ PSIHOTERAPIE?

Pe scurt, răspunsul este „da": administrarea medicamentelor poate continua după terminarea psihoterapiei. De exemplu, copilul a rezolvat problemele de atenţie şi dificultăţile emoţionale şi comportamentale, însă poate continua tratamentul pentru a menţine un nivel de funcţionare „suficient de bun" la şcoală şi acasă. La un copil fost depresiv, care a făcut progrese remarcabile în cadrul psihoterapiei şi se descurcă bine, o componentă a planului de încetare a tratamentului o reprezintă perioada de probă de reducere a dozei de medicament, pentru a verifica dacă simptomele revin. Am spus limpede că administrarea medicamentelor trebuie să continue încă 6–12 luni, dar dumneavoastră, copilul şi psihoterapeutul puteţi hotărî că s-a atins un prag maxim al efectelor benefice ale terapiei, caz în care se continuă doar tratamentul medicamentos.

Răspunsul detaliat este că nu întotdeauna situaţia este clară. De exemplu, dumneavoastră şi terapeutul puteţi decide să daţi curs cererii copilului de a face o pauză de terapie, de vreme ce a urmat-o atât de mult timp. Copilul are nişte realizări modeste, care se pare că au ajuns la un nivel stagnant şi nu se mai întâmplă nimic. Speranţa este că, după o pauză, copilul sau, de cele mai multe ori, adolescentul se va întoarce la psihoterapie. Există şi cazul în care psihoterapia a ajuns într-o „fundătură" şi se încheie întru câtva abrupt şi fără planuri ulterioare de a încerca să se

lucreze cu un alt terapeut. Tratamentul medicamentos este evident necesar şi trebuie continuat.

O altă situaţie este continuarea administrării medicamentelor fără psihoterapie, deoarece compania de asigurări a hotărât că tratamentul psihologic ambulatoriu nu va mai fi acoperit de asigurarea medicală. Dacă preţul psihoterapiei nu poate fi suportat de către familie, copilul poate continua tratamentul medicamentos fără cel psihologic, până când psihoterapia este din nou acoperită de asigurare.

Câteva dintre aceste situaţii sunt bine cântărite, altele nu. Scopul este să faceţi toate eforturile necesare astfel încât copilul dumneavoastră să primească tratamente complementare, medicale şi psihologice suficiente.

CONCLUZIE

Medicamentele pot fi incredibil de utile, deşi de multe ori nu atât pe cât ne-ar plăcea. Nu ezitaţi să puneţi întrebări sau să semnalaţi medicului probleme referitoare la medicamente.

Psihofarmacologia pentru copii este bazată din ce în ce mai mult pe studii ştiinţifice, deşi încă ţine de artă şi de aptitudini personale. Medicul doreşte să vă ajute, dar uneori vă poate răspunde la întrebări spunând „am încercat tot ceea ce ştiu" sau „pur şi simplu, nu avem suficient de multe cunoştinţe", ceea ce este adevărat.

Atunci când tratamentul convenţional nu este suficient şi părinţii doresc mai mult ajutor, ei pot să caute forme alternative de tratament. Capitolul 10 abordează acest subiect.

Capitolul 10
Terapii complementare și alternative și efectele lor secundare

De multe ori sunt întrebat despre medicina alternativă şi tratamente nemedicinale, tratamente care nu sunt momentan convenţionale sau susţinute suficient de studii ştiinţifice bazate pe dovezi. Unele dintre aceste tratamente sunt studiate şi pot fi utilizate pe scară largă, altele nu. Scopul acestui capitol este să descrie câteva tratamente alternative des întâlnite, astfel încât dumneavoastră să luaţi o decizie bine informată despre când, dacă şi cum să le utilizaţi.

STRUCTURA CAPITOLULUI 10

Voi începe cu explicații generale despre formele de tratament care nu sunt utilizate pe scară largă, după care voi descrie cinci tipuri comune de tratamente alternative, chimice şi nechimice:

- remedii pe bază de plante medicinale;
- tratamente cu vitamine şi pe bază regimuri alimentare;
- meditație/relaxare;
- neurofeedback;
- terapie prin integrare senzorio-motorie.

În general, aceste tratamente alternative sunt ordonate în funcție de necesitatea implicării unui specialist, de la cele care nu au nevoie de aşa ceva şi până la necesitatea obligatorie a prezenței specialistului. Voi încerca să răspund la întrebările şi temerile obişnuite; nu voi discuta despre medicina chinezească, acupunctură sau homeopatie, în afară de a recomanda cititorului să se adreseze unei persoane specializate în aceste discipline, pentru mai multe informații.

DE CE, CÂND ŞI CE ESTE CU TRATAMENTELE ALTERNATIVE

Părinții urmează tratamente alternative din diferite motive.

- Doresc să îşi trateze copilul cât mai „natural" posibil, conform stilului lor de viață sau dorinței de a-şi ține copilul departe de influențe „artificiale" nocive;
- Au avut experiențe nesatisfăcătoare sau nocive cu sistemul de tratament convențional/medical, fie personale, fie prin

intermediul unui alt membru al familiei sau al copilului lor. Aceste experiențe ar putea include farmacoterapia ineficientă sau numeroasele efecte secundare ale acesteia;
- Cunosc un alt părinte care a avut succes cu un tratament alternativ pentru un copil cu o problemă similară;
- Au un copil cu o afecțiune medicală care nu-i permite acestuia să ia anumite medicamente, așa că sunt în căutarea unor intervenții nefarmacologice;
- Privesc tratamentele complementare și alternative ca fiind mai puțin intruzive în ceea ce privește controlul parental și implicând o dependență mai mică de cineva din afara familiei apropiate.

Atunci când apar probleme, părinților le este reamintit faptul că gândurile și sentimentele copiilor nu se află sub controlul lor, iar comportamentul unui copil poate fie controlat cu mult efort și doar în mod limitat. Tratamentele alternative pot să nu pună la încercare sentimentul de control al părinților și independența lor, așa cum o fac cele convenționale. De exemplu, tratamentele pe bază de plante și regimuri alimentare sau suplimente cu vitamine pot fi achiziționate de la o farmacie locală, cu sau fără consultarea unui specialist. Un copil poate să învețe respirația de relaxare și meditația de la un specialist, dar va exersa acasă, de unul singur. Neurofeedbackul durează de obicei o perioadă scurtă de timp și implică jocuri familiare, de tip video. Chiar și terapia de integrare senzorială implică de obicei un părinte ca participant central și activ în asigurarea la domiciliu a unei părți a tratamentului.

Părinții pot alege ca fiul sau fiica lor să urmeze tratamente alternative și complementare înainte, în timpul sau după psihoterapie sau după tratamentul cu medicamente. De obicei, părinții încearcă aceste tratamente înainte de psihoterapie sau farmacoterapie, pe care uneori le urmează concomitent. Acest lucru se întâmplă când părinții sunt dezamăgiți de progresul tratamentului

curent sau de ajutorul profesionist şi nu pot vorbi despre asta cu acea persoană. Părinţii pot, de asemenea, să înceapă tratamentele simultan, în ideea că ei „vor să facă tot posibilul pentru a-şi ajuta copilul".

Indiferent de motivul utilizării unui tratament alternativ, este important să-i comunicaţi specialistului care asigură tratamentul convenţional (psihoterapie şi, în special, administrarea de medicamente) că fiul sau fiica dumneavoastră urmează un tratament alternativ. Unele tratamente alternative, cum ar fi cele pe bază de plante sau cu suplimente cu vitamine, pot să potenţeze sau să diminueze beneficiile sau efectele secundare ale medicamentelor convenţionale.

În continuare voi descrie cinci tipuri obişnuite de tratamente alternative, inclusiv cercetări despre beneficiile şi riscurile lor.

TRATAMENTE CU PLANTE MEDICINALE

O plantă medicinală este o plantă aromată, anuală, bianuală sau perenă, folosită în medicină sau în condimentarea mâncării. Are o tulpină uşoară care conţine puţin lemn şi, de obicei, produce seminţe, iar la sfârşitul sezonului ei, se usucă.

Plantele folosite în scop medicinal influenţează chimia şi funcţiile organismului în moduri observate de către oameni şi de vindecătorii tradiţionali ca fiind în mare parte pozitive. Studii ştiinţifice contemporane au susţinut, în unele cazuri, aceste convingeri, iar în unele cazuri, nu. La ora actuală se cercetează care elemente chimice din plante sunt ingrediente active şi felul în care acestea produc efecte pozitive. Se pare că plantele care influenţează dispoziţia şi anxietatea acţionează asupra aceloraşi neurotransmiţători pe care îi modifică şi medicamentele convenţionale.

Experienţa mea cu tratamentele pe bază de plante este limitată la cazuri rare, majoritatea cu adulţi. În acele situaţii, plantele

medicinale au fost uneori folositoare. Mai jos voi enumera cele mai utilizate plante pentru tratarea simptomelor emoționale și comportamentale obișnuite.

- *Sunătoarea* este folosită pentru a trata depresia ușoară;
- *Valeriana* este utilizată pentru somn;
- *Kava-Kava* este administrată pentru anxietate.
- *Melatonina* (care nu este o plantă medicinală, ci un hormon care apare în mod natural) a fost folosită într-o formă sintetică ca un adjuvant pentru somn, în cazul copiilor. Deși este utilă pentru somn, unii medici preferă să nu recomande un medicament de tip hormonal pentru copii sau adolescenți, pentru că nu este cunoscut impactul pe termen lung al medicamentului.

În legătură cu tratamentele pe bază de plante medicinale trebuie să rețineți următoarele:

- Există aspecte subtile ale medicamentelor pe bază de plante și ale prescrierii lor; ele trebuie personalizate pentru fiecare pacient și pentru modul în care acea persoană suferă de anxietate, insomnie, depresie etc.;
- Folosirea plantelor pentru probleme emoționale și psihologice ar trebui făcută doar în baza unor cunoștințe exacte și cu deosebită precauție, mai ales în cazul copiilor, ale căror creiere sunt în creștere și care reacționează în moduri neprevăzute și uneori paradoxale la substanțele care intră în organism;
- Foarte puține plante au fost testate pe copii;
- Dozajul și frecvența administrării fiecărei terapii cu plante pot să varieze și se efectuează cel mai bine sub îndrumare de specialitate;
- Practicienii responsabili, specialiștii în medicină alternativă, nu procedează după ureche;

- Discutaţi cu medicul copilului despre folosirea tratamentului pe bază de plante medicinale;
- Aceste forme alternative de tratament sunt, totuşi, chimice. *Nu* le combinaţi cu medicamente convenţionale, folosite în tratamentul aceloraşi simptome. (De exemplu, nu combinaţi sunătoarea cu un antidepresiv convenţional);
- Deşi multe plante se folosesc de mii de ani, ele încă pot avea efecte adverse;
- Guvernul SUA nu reglementează utilizarea preparatelor pe bază de plante medicinale cu la fel de multă atenţie ca în cazul produselor farmaceutice, astfel că există pe această piaţă mărci care nu prezintă încredere, determinarea dozei standard fiind dificilă.

Toate remediile de mai jos sunt studiate de către comunitatea ştiinţifică occidentală, cu scopul de a creşte înţelegerea modului în care acţionează aceste plante şi a gradului lor de eficienţă.

Sunătoarea

Uz: tratamentul depresiei uşoare până la medie.

Precauţii şi efecte secundare:

- A nu se administra împreună cu antidepresive MAOI;
- A nu se administra împreună cu antidepresive de tipul inhibitorilor selectivi-ai recaptării serotoninei (ISRS);
- A nu se administra împreună cu medicamente pentru SIDA;
- A nu se administra împreună cu Zyprexia (*olanzapină*);
- A nu se administra în cazul sarcinii sau alăptării;
- Folosirea în cazul copiilor trebuie monitorizată de către un specialist calificat;
- Femeile care au utilizat sunătoare au raportat ocazional ineficienţa contraceptivelor orale;
- Efectele secundare includ fotosensibilitate crescută, balonare şi constipaţie;

- Cercetarea nu a scos la iveală multe efecte secundare grave. Există interacţiuni potenţial periculoase ale sunătoarei cu contraceptivele orale sau cu medicamente utilizate în cazul transplanturilor de organe, boli tiroidiene, hipertensiune arterială şi colesterol ridicat.

Valeriana

Uz:

- Tratează insomnia (deşi studiile clinice asupra eficienţei sale sunt neconcludente);
- Utilizată pentru a calma nervozitatea;
- Este uneori administrată pentru lipsă de concentrare, cefalee, sindrom premenstrual, leşin.

Precauţii şi efecte secundare:

- Are un miros caracteristic;
- A nu se folosi împreună cu alte sedative sau medicamente anxiolitice cum ar fi benzoadiazepinele (Xanax, Valium, Klonopin etc.) enumerate în Capitolul 9 sau cu barbiturice;
- A nu se folosi în cazul sarcinii, alăptării sau pentru copii cu vârsta sub trei ani;
- Poate cauza probleme digestive;
- Folosirea pe termen lung poate cauza cefalee, nelinişte, insomnie, dilatarea pupilelor şi probleme cardiace.

Kava-Kava

Uz: este considerat un remediu pentru anxietate şi insomnie.

Precauţii şi efecte secundare:

- A nu se folosi în cazul sarcinii sau alăptării;
- Poate adânci depresia; nu folosiţi dacă aveţi o tulburare depresivă;
- A nu se combina cu alte medicamente/substanţe care afectează creierul (cum ar fi alcoolul, barbituricele şi medicamentele care influenţează dispoziţia);

- A nu se folosi pentru copii (din cauza incertitudinii cu privire la toxicitatea hepatică);
- A nu se administra pentru mai mult de trei luni fără supraveghere medicală;
- Fiţi precaut atunci când conduceţi autovehicule;
- Efectele secundare includ senzaţie de oboseală, tulburări digestive şi flatulenţă, pierderea echilibrului, dilatarea pupilelor şi dificultate de concentrare;
- Doze mari de Kava-Kava pot declanşa hepatită şi insuficienţă hepatică.

Melatonina

Uz: utilă în cazuri de insomnie.

Precauţii şi efecte secundare:

- A nu se folosi împreună cu alcool şi tutun, care interferează cu producţia melatoninei;
- A nu se administra dacă sunteţi depresiv;
- A nu se utiliza dacă încercaţi să concepeţi un copil, sunteţi însărcinată sau alăptaţi;
- Se recomandă precauţie în folosirea pentru copii sau adolescenţi (vezi textul de mai sus);
- Aspirina, beta-blocanţii şi Inderalul reduc nivelul de melatonină, deci este necesar să ajustaţi dozajul acesteia;
- Medicamentul ISRS Luvox măreşte nivelul de melatonină, deci este necesar să ajustaţi dozajul acesteia;
- A nu se combina cu Prozac;
- Măreşte efectul antihistaminicelor şi al antidepresivelor sedative;
- La prima administrare vă poate face să vă simţiţi obosit dimineaţa;
- Fiţi precaut atunci când conduceţi autovehicule;
- Efectele secundare includ disconfort digestiv, depresie şi temperatură corporală scăzută;
- A nu se administra mai mult de două săptămâni consecutiv.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Mare parte din informațiile prezentate mai sus au caracter preventiv, în mare măsură pentru că utilizarea plantelor medicinale în tratamentul copiilor mici este necunoscută de către cercurile medicale convenționale. Medicii specializați în medicină naturistă, neuropații chinezi și unii kinetoterapeuți au o experiență îndelungată cu aceste substanțe chimice. Consultați un specialist renumit, dacă doriți să le încercați pentru copilul dumneavoastră. Pe lângă avertismentele despre combinarea anumitor plante cu medicamente convenționale, vă recomand, încă o dată, cu deosebită fermitate, să îi spuneți medicului sau specialistului copilului dacă acesta urmează terapii pe bază de plante medicinale.

TRATAMENTE CU VITAMINE ȘI PE BAZĂ DE REGIMURI ALIMENTARE

De secole, oamenii au susținut că dieta le influențează comportamentul. Intervențiile terapeutice au implicat următoarele:

- Eliminarea anumitor alimente;
- Eliminarea aromelor artificiale, a coloranților sau a conservanților;
- Administrarea suplimentelor alimentare;
- Administrarea unor doze mari de vitamine și minerale.

Studiile care au analizat diferite diete și suplimente nu au adus o dovadă incontestabilă a unui efect clar. Au existat însă mărturii individuale că limitarea consumului de zahăr sau a anumitor alimente procesate și evitarea coloranților artificiali, a aromelor sau a conservanților au îmbunătățit comportamentul copilului.

Eu iau în considerare astfel de observații individuale și le accept ca fiind valide. Pentru că astfel de intervenții duc deseori

la o dietă mai sănătoasă, susţin părinţii care aduc în discuţie posibilitatea încercării unor schimbări de dietă sau impunerea unor restricţii, chiar dacă acest lucru poate genera, la început, un conflict între părinţi şi copil. Susţin utilizarea lor ca o intervenţie suplimentară sau complementară, dar nu ca primă intervenţie atunci când simptomele unui copil au cauzat suferinţă şi dificultate crescute. Dietele nu ar trebui să fie un substitut atunci când sunt necesare psihoterapia şi medicamentele convenţionale, deseori foarte eficiente.

Recent, unele cercetări interesante m-au făcut să-mi reconsider poziţia faţă de impactul vitaminelor şi al suplimentelor alimentare asupra comportamentului şi emoţiilor. Aceste cercetări implică utilizarea *acizilor graşi omega-3, inositolului* şi a unei combinaţii complexe de *micronutrienţi* (vitamine şi minerale). Este nevoie ca aceste studii să fie replicate de mai mulţi cercetători, fiind necesară o investigaţie mai amănunţită pentru a clarifica eficienţa, siguranţa şi modul optim de utilizare a acestor suplimente. Totuşi, aceste tratamente alternative oferă posibilitatea unor intervenţii dietetice eficiente, relativ sigure şi cu efecte secundare reduse, în cazul unor tulburări psihiatrice. În continuare voi discuta fiecare dintre aceste opţiuni şi, pentru mai multe informaţii, voi cita articole pe care le găsiţi menţionate la sfârşitul capitolului.

Acizii graşi omega-3 sunt studiaţi ca tratament pentru depresia infantilă (Nemets *et al.*, 2006), având rezultate pozitive, şi a existat un raport de cercetare englez al unui studiu ştiinţific bine realizat, care a sugerat beneficiile acizilor graşi omega-3 în tratarea deficitului de atenţie şi a hiperactivităţii infantile (ADHD) (Richardson, 2006; Richardson şi Montgomery, 2005). Sursa de acizi graşi omega-3 utilizată în studiu a fost uleiul de peşte, unul dintre cele mai directe moduri de furnizare a tipurilor EPA şi DHA de acizi graşi omega-3. Deşii unii medici recomandă aceste suplimente pentru copii cu ADHD, până în acest moment niciun cercetător din SUA nu a replicat studiul. Se pare că legătura dintre

ameliorarea comportamentului şi a modulării emoţionale şi aceste elemente vitale ale structurii sistemului nervos începe să devină din ce în ce mai evidentă.

Inositolul, despre care mai demult se credea că este o vitamină B, dar este acum considerat mai apropiat de glucoză, este un agent activ în transmisia impulsurilor nervoase. Există unele dovezi că este eficient în tulburări de panică (Palatnik *et al.*, 2001), dar are o eficienţă mult mai redusă în depresie (Nierenberg *et al.*, 2006). Totuşi, ar putea agrava ADHD şi mania, de regulă în doze excesive, ce depăşesc intervalul terapeutic. Nu pare să facă medicamentele ISRS mai eficiente, deşi a fost utilizat în tratarea problemelor de somn asociate ISRS. Este necesară o cercetare mai amănunţită pentru a înţelege mai bine funcţionarea inositolului şi cele mai bune modalităţi de a-l folosi.

Un anumit complex de vitamine şi minerale, având numele de marcă *EMpower*, a ajuns subiect de cercetare (Popper, 2001). S-a dovedit că acest complex este destul de util pentru tratarea instabilităţii dispoziţiei ce caracterizează tulburarea bipolară, iar cercetarea de la ora actuală explorează dacă acesta are fiabilitate statistică. În acest moment, medicii cercetători nu ştiu care componente ale complexului sunt esenţiale şi care nu, sau dacă toate componentele au un aport. Nu ştiu nici dacă aceşti micronutrienţi lucrează laolaltă. Cercetătorii trebuie să înţeleagă, în detaliu, şi modul în care să utilizeze acest complex în combinaţie cu medicamente mai convenţionale, din moment ce poate accentua efectele secundare ale unui medicament.

Suplimentele anterioare se află în continuare în primele etape de studiu, înţelegere şi cercetare. Le menţionez aici pentru a evidenţia faptul că diferite vitamine şi suplimente alimentare par să aibă un loc întemeiat în tratamentul dificultăţilor comportamentale şi emoţionale.

TEHNICI DE MEDITAȚIE ȘI DE RELAXARE

Meditația este o stare de concentrare asupra unui singur obiect, bine definit. Adesea, acel obiect este respirația, dar orice lucru poate fi luat drept obiect pentru concentrarea atenției:

- un sunet;
- o propoziție;
- o imagine;
- o senzație organică.

Cercetările formale au susținut efectul pozitiv al meditației asupra creierului și asupra funcției imunitare. Practicarea meditației îi poate ajuta pe oameni să învețe să se relaxeze, să își amelioreze concentrarea și să facă față sentimentelor sau situațiilor stresante. Meditația poate, de asemenea, să îmbunătățească *concentrarea asupra prezentului*: capacitatea de înțelegere a ceea ce se întâmplă pe moment și de a fi atent. Conștientizarea, ca și formarea concentrării, este o componentă majoră a formării aptitudinilor din terapia dialectic-comportamentală (DBT) (vezi capitolul 8), iar sub forma conștientizării centrate pe senzațiile organice, este un aspect central al noii forme de psihoterapie numite experimentare somatică (ES), terapie care este folosită pentru rezolvarea reacțiilor și simptomelor stresului posttraumatic.

„Tehnici de relaxare" este un termen care se referă la instrumentele utile de gestionare a stresului și de promovare a sănătății pe termen lung, prin încetinirea activității corpului și prin liniștirea minții. Astfel de tehnici includ *relaxarea musculară progresivă*, care implică încordarea și relaxarea lentă și alternativă a fiecărei grupe de mușchi, începând cu mușchii degetelor de la picioare și continuând în sus, de-a lungul corpului. *Respirația profundă* este o altă tehnică de relaxare care îi permite corpului să se relaxeze. Astfel, respirația de relaxare este o parte importantă

a exercițiilor de yoga și a artelor marțiale. Tehnica înseamnă doar un număr de respirații profunde și relaxarea corpului la fiecare dintre ele. O altă tehnică este *antrenamentul autogen*, care folosește imageria vizuală și conștientizarea corpului. Astfel, prin imaginarea unui loc liniștit și concentrarea pe diferite senzații fizice, persoana intră într-o stare de relaxare. Sub termenul-umbrelă de *„tehnici de relaxare"* intră și exercițiile menite să conducă la creșterea conștientizării corpului și a conexiunii minte–corp, despre care am vorbit mai devreme la *meditație*.

De obicei, meditația și diferitele tipuri de tehnici de relaxare sunt utilizate în unele forme de psihoterapie. Deși sunt considerate „suplimente", ele pot, fără îndoială, să ajute în abordarea anxietății, a tulburărilor de somn și în controlul emoțiilor intense, ca de pildă furia și frica. Unii psihoterapeuți fac pregătirea de relaxare și de meditație ca parte a terapiei, în timp ce alții doar recomandă folosirea casetelor audio destinate copiilor, care oferă imaginație orientată, pregătire pentru relaxarea musculară progresivă și afirmații pozitive (vezi Anexa).

Este mai ușor pentru un copil să învețe să folosească meditația sau tehnici de relaxare atunci când un părinte exersează alături de el. De asemenea, și părinții beneficiază de pe urma practicării meditației și a exercițiilor de relaxare, chiar dacă au început doar pentru a-și ajuta copilul. Se poate ca unor copii, în special cei cărora le place să își miște corpul, yoga să li se pară o modalitate mai acceptabilă de a începe practicarea exercițiilor de respirație/relaxare și a meditației.

Utilizate cu regularitate, meditația și exercițiile de respirație/relaxare sunt niște modalități nemedicamentoase foarte utile de tratare a anxietății moderate și a dificultăților ușoare de somn. Pot fi folosite în siguranță împreună cu medicamente pentru anxietate sau pentru simptome legate de tulburări ale dispoziției. Deoarece meditația și exercițiile de respirație/relaxare pot reduce anxietatea, doza necesară de medicament poate fi redusă atunci când este folosit împreună cu aceste tehnici.

NEUROFEEDBACKUL

Neurofeedbackul, cunoscut şi ca biofeedback EEG sau EBF, a început să fie utilizat clinic de la începutul anilor 1990. Este o formă de biofeedback, care, la rândul lui, se foloseşte de 40 de ani şi a început să fie folosit pe scară largă în anii 1970. Cercetătorii au descoperit că oamenii aveau mai mult control asupra funcţiilor lor organice decât se credea, iar biofeedbackul era folosit pentru a controla tensiunea arterială, tensiunea musculară şi temperatura corpului (funcţii autonome ale sistemului). Este folosit cu efecte pozitive în cazul problemelor medicale de tipul hipertensiunii şi migrenelor.

Biofeedbackul învaţă o persoană să îşi modifice tensiunea arterială sau musculară, iar neurofeedbackul este o tehnică prin care persoana îşi modifică activitatea undelor cerebrale, activitate măsurată de o EEG (electroencefalogramă). Teoria care stă la baza neurofeedbackului susţine că viteza şi intensitatea undelor cerebrale din diferite zone ale creierului corespund unor niveluri diferite de activare, vigilenţă şi atenţie. Creierul este un sistem bioelectric complex. Atunci când sistemul nu funcţionează bine, nu simţim sau nu funcţionăm la capacitate maximă. În funcţie de severitatea lor, întreruperile în funcţionarea bioelectrică a creierului nostru pot duce la:

- probleme de concentrare, atenţie şi învăţare;
- întreruperi ale somnului;
- depresie, anxietate şi dificultăţi comportamentale;
- migrene sau convulsii.

Antrenarea neurofeedbackului ajută o persoană să înveţe să îşi modifice activarea şi alerta, aducându-le la niveluri mai adecvate. Aceste schimbări sunt asociate cu efecte pozitive asupra modului de gândire şi trăire, a stărilor de conştientizare şi atenţie şi, în cele din urmă, asupra comportamentului.

Tehnica neurofeedbackului foloseşte jocurile pe calculator ca modalitate de implicare a pacientului în acest proces. În primul rând, în funcţie de istoricul medical, emoţional şi comportamental al pacientului, specialistul determină modelul particular de feedback cerebral pe care să îl folosească. Acest model este determinat, de asemenea, şi prin testare, care poate include o examinare atentă a întregului tipar de unde cerebrale, numit analiză cantitativă EEG, sau teste de atenţie pe computer, numite teste de performanţă continuă (vezi Capitolul 6 despre teste de atenţie).

După această etapă, pe scalpul pacientului sunt plasaţi electrozi, ceea ce permite înregistrarea şi amplificarea activităţii undelor cerebrale sau a EEG. Activitatea undelor cerebrale este înregistrată pe computer, care este conectat şi la jocul pe calculator al pacientului.

Pacientul încearcă să mişte o figură dintr-un joc de pe monitor, acţiune executată cu gândire, respiraţie lentă, imaginarea unei scene sau chiar printr-o activitate mai puţin conştientă. Obiectul aflat în mişcare, de pe monitor, reflectă o creştere sau o descreştere, într-un anumit tipar de unde cerebrale, dintr-o anumită zonă a creierului. Specialistul în neurofeedback poate ajusta cât de mult are nevoie pacientul pentru modificarea tiparului undelor cerebrale, în scopul mişcării figurii de pe monitor.

După un număr de şedinţe, pacientul va fi capabil să schimbe mai uşor tiparul stabilit al undelor cerebrale şi să mărească abilitatea creierului său de a trece într-o stare de excitaţie mai bună. Această stare mai bună îl va ajuta să devină mai vigilent, mai concentrat şi să aibă un control general mai bun al activităţii sale cerebrale, ducând la stări emoţionale mai echilibrate şi la o funcţionare zilnică mai bună. Cu un număr suficient de şedinţe de neurofeedback, pacientul va începe să îşi regleze spontan propria stare cerebrală, acest lucru ducând la o stare emoţională şi o funcţionare mai bune.

Pe măsură ce capacitatea de a schimba stările nedorite (cum ar fi stări frecvente de concentrare redusă sau de lipsă de atenție) devine mai automatizată, tiparele vechi, mai problematice, sunt diminuate și se stabilesc modele mai eficiente. Neurofeedbackul ajută persoana să învețe mai bine autoreglarea, care este fundamentală într-o influență mai bună asupra emoțiilor, comportamentului, concentrării sau atenției.

Specialiștii în neurofeedback declară că, în general, 65–75% din persoanele diagnosticate cu ADHD și tratate cu această metodă au rezultate pozitive după câteva ședințe, dar că de obicei sunt necesare mai multe ședințe pentru a menține aceste beneficii. Numărul necesar de ședințe se bazează pe câteva criterii:

- severitatea simptomelor;
- de cât timp are pacientul problema;
- dacă pacientul ia medicamente sau nu;
- cât de bine respectă programul;
- gradul de disfuncție cerebrală.

Câteva studii formale au relevat beneficii semnificative în tratamentul tulburărilor comportamentale majore al epilepsiei și tulburărilor de somn. Alte studii nu au identificat ameliorări în urma aplicării neurofeedbackului.

În general, companiile de asigurări au reticențe în acoperirea costului tratamentului prin neurofeedback. Fiecare companie de asigurări are propriile sale criterii pentru stabilirea eficacității procedurilor complementare și alternative. La ora actuală, un număr considerabil mai mare de companii plătesc acest tratament decât în urmă cu cinci ani. Părinții ar trebui să întrebe dacă asigurarea lor acoperă sau decontează costul biofeedbackului, mai curând decât al neurofeedbackului. Terminologia specifică asigurărilor medicale include biofeedbackul, iar neurofeedbackul este un tip de biofeedback. Deseori, părinții plătesc pentru tratament din fonduri proprii. Prețul variază de la 50 la 135 de

dolari pe ședință, în funcție de experiența specialistului și de amplasarea geografică.

În ciuda politicilor actuale ale companiilor de asigurări, analiza pe care am făcut-o literaturii de specialitate indică faptul că există dovezi suficiente pentru a susține această intervenție. Cred că neurofeedbackul poate fi util în următoarele circumstanțe:

- când tratamentul convențional nu este eficient în controlarea simptomelor și nu mai este nimic de făcut;
- dacă există dorința de a crește eficiența medicamentelor și, poate, de reducere a dozajului;
- dacă părinții se opun administrării de medicamente copilului și doresc să încerce întâi un tratament alternativ.

Pe măsură ce aflăm mai multe despre felul în care funcționează creierul și mintea, alături de faptul că software-urile și computerele devin din ce în ce mai puternice, cred că o metodă similară de a influența tiparele undelor cerebrale va deveni o formă de tratament important, utilizat pe scară largă pentru ADHD și pentru alte tulburări comportamentale și de învățare.

TERAPIA DE INTEGRARE SENZORIO-MOTORIE

Integrarea senzorială se bazează pe ideea că modul normal în care creierul asimilează informația prin diferite simțuri și felul în care organizează acea informație senzorială pot fi uneori destul de perturbate. Perturbarea poate să apară la nivelul sensibilității vizuale, auditive, olfactive, gustative și tactile (durere, temperatură, presiune și mișcare), din cauză că o experiență senzorială este prea puternică sau prea slabă pentru creierul copilului. Un copil cu dificultăți de integrare senzorială poate avea probleme în organizarea și integrarea tuturor sau doar a unor informații pe

care le primeşte de la diferite simţuri. Simptomele pot să apară din cauza acestei integrări slabe. Copilul poate să simtă următoarele:

- perturbări ale mersului şi ale altor mişcări motorii;
- întârzieri în dezvoltarea vorbirii;
- probleme de atenţie;
- diferite tulburări emoţionale, comportamentale şi de învăţare.

Pe măsură ce copilul creşte, capacitatea creierului de a integra experienţa senzorială devine mai sofisticată şi mai complexă. În mod obişnuit, jocul şi activitatea unui copil normal sunt suficiente pentru a sprijini o bună integrare senzorială cerebrală.

Teoria integrării senzoriale susţine că este mai probabil ca acei copii care suferă de *autism*, de alte *tulburări de dezvoltare*, de *dificultăţi de învăţare* grave şi de *probleme de atenţie* să întâmpine dificultăţi în integrarea senzorială. La fel şi în cazul copiilor născuţi *prematur*, celor *neglijaţi* sau crescuţi de părinţi *dependenţi*. Un copil a cărui integrare senzorială nu este adecvată vârstei sale poate avea oricare dintre simptomele menţionate mai sus.

Atunci când un copil întâmpină dificultăţi, problemele de integrare senzorială pot fi un element central *sau* un factor care complică lucrurile. În orice caz, tratamentul prin integrare senzorială poate reface procesarea normală a creierului.

Terapia prin integrare senzorială (IS) este realizată de către un terapeut ocupaţional cu pregătire specială şi are loc de până la trei ori pe săptămână. De obicei, terapia se desfăşoară într-o cameră cu dotări care îmbunătăţesc o anumită experienţă senzorială şi sprijină integrarea senzorială. Aici pot exista leagăne speciale pentru ameliorarea posturii şi a mişcării în spaţiu, mingi gonflabile mari pentru dezvoltarea echilibrului şi obstacole pentru îmbunătăţirea planificării motorii. Printre dotări se pot număra şi săculeţi speciali necesari în exersarea percepţiei vizual-spaţiale şi materiale de diferite texturi pentru a dezvolta

discriminarea tactilă şi a reduce apărările tactile (evitarea unor anumite tipuri de senzaţii din cauza unui disconfort intens resimţit în contact cu acestea).

Părinţii pot să colaboreze cu un terapeut ocupaţional pentru a dezvolta o gamă de activităţi (numite dietă senzorială) care pot fi realizate acasă. Integrarea senzorială poate fi îmbunătăţită prin activităţi care excită şi energizează un copil cu sensibilitate redusă, activităţi care calmează un copil hipersensibil şi reduc hiperreactivitatea, precum şi activităţi care-l ajută pe copil să-şi organizeze experienţa senzorială.

Consider că această formă de terapie este „mai puţin convenţională" deoarece, deşi numeroşi specialişti în sănătate mentală pentru copii pledează pentru IS, mulţi încă o consideră ca fiind insuficient bazată pe cercetare. Experienţa mea pozitivă cu IS este prea limitată pentru a vă oferi propria mea recomandare care să conteze. Susţin această formă de tratament ca făcând parte dintr-un program de tratament complet, bazându-mă pe beneficiile observate şi pe informaţiile din literatura de specialitate. Nu susţin folosirea sa ca un substitut atunci când tratamente mai convenţionale, cum ar fi medicamentele sau psihoterapia, sunt mai indicate. (Vezi lucrarea „The Out of Sync Child" din Anexă pentru mai multe informaţii despre disfuncţia de integrare senzorială.)

* * *

În acest capitol am discutat despre cinci tipuri de tratamente considerate alternative şi complementare medicamentelor convenţionale şi psihoterapiei. Pentru mai multe informaţii, consultaţi resursele bibliografice indicate în anexa cărţii şi articolele citate mai jos. Următorul capitol, despre joc (o extindere a capitolului 8 despre psihoterapie), revine la sfera terapiei convenţionale şi completează informaţiile din carte, dedicate tratamentului.

BIBLIOGRAFIE

Nemets, H., Nemets, B., Apter, A., Bracha, Z. and Belmaker, R.H. (2006) „Omega-3 treatment of childhood depression: A controlled, double-blind pilot study." *American Journal of Psychiatry 163*, 1098-1100.

Nierenberg, A.A., Ostacher, M., Calabrese, J., Ketter, T. (2006) „Treatment-resistant bipolar depression: A STEP-BD equipoise randomized effectiveness trial of antidepressant augmentation with lamotrigine, inositol, or risperidone." *American Journal of Psychiatry 163*, 210-216.

Palatnik, A., Frolov, K., Fux, M. and Benjamin, J. (2001) „Double-blind, controlled, crossover trial of inositol versus fluvoxamine for the treatment of panic disorder." *Journal of Clinical Psychopharmacology 21*, 3, 335—339.

Popper, C.W. (2001) „Do vitamins or minerals (apart from lithium) have mood-stabilizing effects?" *Journal of Clinical Psychiatry 62*, 12, 933—935.

Richardson, A.J. (2006) „Omega-3 fatty acids in ADHD and related neurodevelopmental disorders." *International Review of Psychiatry 18*, 2, 155—172.

Richardson, A.J. and Montgomery, P. (2005) The Oxford-Durham Study: A randomized, controlled trial of dietary supplementation with fatty acids in children with developmental coordination disorder." *Pediatrics 115*, 1360—136.

Stock Kranoldtz, C. (1998) *The Out of Sync Child.* New York, NY: Perigee Books.

Capitolul 11
Rolul jocului în psihoterapia individuală, de la copilărie la adolescență

Imaginea dumneavoastră despre psihoterapie poate fi cea a unei persoane care stă pe un scaun vorbind despre sentimentele şi gândurile sale, despre o situaţie dificilă de viaţă sau o relaţie problematică. Dacă da, atunci ideea de a vă aduce la psihoterapie fiul în vârstă de şapte ani, foarte energic, sau fiica de 14 ani, de la care scoţi vorbele cu cleştele, poate părea bizară. Dar majoritatea pacienţilor mici din psihoterapie nu stau pur şi simplu şi vorbesc; ei se joacă şi vorbesc. Jocul poate avea loc când stai la masă, te întinzi pe podea sau stai în picioare în faţa unui coş de baschet. Jocul în psihoterapie se desfăşoară de obicei într-o cameră, însă poate avea loc şi afară. Jocul poate implica folosirea de vopsele sau păpuşi, jocuri pe tablă sau mingi, sau orice altceva ce poate fi

folosit pentru joacă. Acest capitol vă va ajuta să înțelegeți cum se îmbină psihoterapia și jocul. Pe măsură ce aflați mai multe despre ce se întâmplă în timpul psihoterapiei și în terapia prin joc, vă veți simți mai confortabil cu ideea de a vă duce copilul la un străin, pentru tratament.

STRUCTURA CAPITOLULUI 11

Înainte de mă concentra pe joc și psihoterapie, voi analiza rolul jocului în sarcina copilului de a învăța cum să-și controleze corpul, de a gestiona sentimentele, a se implica în relații și de a asimila informații despre lume. Apoi voi prezenta un mod general de înțelegere a felului în care funcționează psihoterapia, mai exact o teorie a tratamentului psihologic. Aceasta include o scurtă discuție asupra comportamentului, sentimentelor și gândurilor, apoi a memoriei, o piatră de temelie majoră a celor de mai sus. Voi discuta despre schimbare și despre cum are loc aceasta: schimbarea memoriei (numită învățare) și schimbarea comportamentului, sentimentelor și gândurilor. Oricare dintre acestea sau toate la un loc pot reprezenta elementul de focalizare a tratamentului psihologic.

Voi discuta apoi despre psihoterapia psihodinamică, forma specifică de tratament psihologic în care jocul a fost utilizat pentru prima oară ca parte a procesului terapeutic. În continuare, voi analiza „terapia prin joc", în care jocul este modalitatea centrală de schimbare și ameliorare. Această secțiune se concentrează pe aspectele practice ale terapiei prin joc, inclusiv pe materialele folosite și pe modul în care este organizată o ședință de terapie.

Voi oferi un exemplu exhaustiv al terapiei unui băiat, pentru a vedea cum joaca și interacțiunile dintre terapeut și copil au ajutat băiatul să facă schimbări pozitive. Voi încheia capitolul cu

modalitatea în care dumneavoastră, ca părinte, puteți face parte din terapia prin joc a copilului.

JOCUL

Adulții știu că *jocul* are un rol important în dezvoltarea copilului, după cum e și vorba „Dacă-i copil, să se joace". Dar cât de important este jocul și în ce feluri?

Gândiți-vă la vremea când copilul dumneavoastră era bebeluș, cu mult înainte să fie expus la jocurile obișnuite sau la alte tipuri de jocuri care fac parte din cultura noastră. Ați observat că el se juca cu diferite lucruri, cum ar fi părul dumneavoastră, cu degetele lui de la picioare sau cu un element mobil agățat deasupra pătuțului. Dispoziția lui era adeseori plăcută sau veselă și, de obicei, putea renunța ușor la joc pentru o altă activitate. Copilul lucra la cele mai timpurii etape ale dezvoltării unei relații cu o altă persoană, la cunoașterea și controlul propriului corp și la asimilarea informațiilor despre lumea din jurul lui. Acest lucru se întâmpla pe măsură ce experimenta plăcerea și bucuria, emoții care apar de obicei împreună cu experiența controlului și cu situarea într-un loc în care se simte în siguranță.

Când a mai crescut, l-ați ajutat pe copil să învețe să arunce o minge sau să meargă pe bicicletă, activități pe care le făcea iar și iar, chiar și când nu erați prezent. De obicei, un copil se simte bine dacă repetă o activitate. Prin joc, copilul învață să-și controleze mai bine corpul, să interacționeze cu altă persoană într-un mod mai complex și chiar să învețe despre lumea fizică din jur. De asemenea, simte plăcerea și bucuria care fac parte din experiența învățării unei activități și acest lucru îl ajută să își calmeze sau să își învingă teama.

Jocul este o activitate centrală, vitală și complexă în dezvoltarea copilului, de la naștere la perioada adultă. Aproape

întotdeauna, jocul implică puțină „muncă" de rezolvare a problemelor și de învățare. Este un „instrument de învățare" pe de-o parte nou (întâlnirea cu lucruri noi) și, pe de altă parte, repetitiv (întărind ceea ce este nou). „Materialul" jocului implică de obicei una sau mai multe zone de funcționare umană (vezi Capitolul 3): controlarea corpului, gestionarea emoțiilor, implicarea în relații și asimilarea și procesarea informațiilor despre mediul înconjurător.

O TEORIE A PSIHOTERAPIEI

COMPLEXITATEA CARE STĂ LA BAZA AFECTULUI, GÂNDIRII ȘI COMPORTAMENTULUI

Comportamentul, sentimentele și gândurile copilului dumneavoastră, elementele asupra cărora se concentrează psihoterapia, sunt rezultatul a cel puțin trei factori:

- temperamentul, elemente înnăscute ale copilului;
- experiența de viață pe care a avut-o;
- organizarea acestor experiențe de viață în memoria lui.

Temperamentul se referă la „stilul" în care răspunde și reacționează sistemul nervos al copilului. Acest lucru poate fi observat cu ușurință în prima lună de la naștere. Ați remarcat, probabil, că fiul sau fiica dumneavoastră era destul de diferit și se deosebea de ceilalți copii. Reacționa rapid sau lent la ceva nou pe care l-a văzut, auzit sau simțit. Poate că nivelul total de activitate a fost energic sau mai relaxat. Poate că răspunsurile sale emoționale au fost puternice sau reduse. Aceste calități, alături de multe altele, sunt o expresie a naturii sau stilului temperamental al copilului.

Experiența de viață cuprinde tot ce i s-a întâmplat copilului, tot ce a văzut, auzit, gustat, mirosit și pipăit/simțit, de la evenimentele cotidiene și până cele mai neobișnuite și memorabile. Evenimentele vieții încep de la o vârstă fragedă și au loc până la moarte. La începutul dezvoltării unei persoane, evenimentele vieții par în general mai simple și mai directe. Odată cu înaintarea în vârstă și cu acumularea de experiență, apare capacitatea de a judeca și de a avea așteptări, iar evenimentele vieții par mai complicate.

Înregistrarea experiențelor de viață ale copilului dumneavoastră este stocată ca memorie. Aceste experiențe de viață din memorie sunt *organizate* și fiecare persoană are un mod unic de stocare și combinare a lucrurilor văzute, auzite, simțite etc. Felul în care sunt organizate experiențele de viață ale copilului se reflectă în modul în care își amintește un eveniment, sensul acestuia pentru el. Acesta este un proces foarte complex și înțeles doar în mică măsură.

Relația dintre temperament, experiența de viață și organizarea memoriei este extrem de complicată. Vedem mici elemente ale acestei complexități incredibile la serviciu, când observăm cum același eveniment poate genera sentimente, gânduri și comportamente diferite la aceeași persoană (în ocazii diferite) sau la persoane diferite. De exemplu, vă gândiți că un copil mic se poate speria dacă luminile din cameră se sting brusc. Totuși, copilul dumneavoastră poate trece printr-un eveniment identic, de stingere bruscă a luminilor, ca parte a unui joc, reacționând cu multă bucurie sau entuziasm. Sau, după cum ilustrează și exemplul de mai jos, un copil reacționează cu furie și prin proteste la mutarea unui prieten, în timp ce, pentru un alt copil, același eveniment duce la tristețe și retragere.

Sally, o fetiță de șapte ani, era prietenă cu Elizabeth și Sandra. Tatăl său a obținut un post în alt stat și ea și-a părăsit cu tristețe prietenele, ca urmare a faptului că familia s-a mutat.

După ce Sally a plecat, Elizabeth a început să se certe frecvent cu sora ei mai mică. În câteva săptămâni, nu se mai juca cu colega ei de clasa, Sandra, şi a început să se joace cu alţi copii.

Spre deosebire de ea, Sandra, singură la părinţi, s-a întristat şi zăcea prin casă după plecarea lui Sally. O tot întreba pe mama ei dacă Sally se va muta înapoi şi când va putea să îi scrie. S-a simţit rănită de faptul că Elizabeth nu mai voia să se joace cu ea şi avea nevoie de încurajare din partea profesoarei ei pentru a căuta alţi copii cu care să se joace în parc.

Pentru a rezuma: comportamentul, sentimentele şi gândurile copilului dumneavoastră sunt modelate şi determinate între ele şi de mulţi alţi factori, din interior şi din exterior.

STOCAREA ŞI ORGANIZAREA EXPERIENŢEI: MEMORIA

Memoria copilului dumneavosatră reprezintă înregistrarea, stocată mental, a experienţelor sale de viaţă. Ea cuprinde percepţiile de bază: ce a văzut, auzit, gustat, mirosit, simţit sau atins în toate momentele vieţii sale. De asemenea, include gândurile şi sentimentele referitoare la experienţe. Memoria cuprinde două tipuri de informaţie, fie că evenimentul a avut loc acum câteva minute, fie în urmă cu câţiva ani.

Conţinutul memoriei copilului este stocat în creier şi organizat în moduri diferite. O organizare simplă a memoriei reprezintă în mod primar experienţa senzorială a unui eveniment (adică imaginea, sunetul şi alte senzaţii). O organizare mai complexă a memoriei implică unele conexiuni emoţionale şi simbolice cu amintirile organizate senzorial. Această memorie mai complexă pare să fie implicată în sensul sau înţelegerea unui eveniment.

Acest nivel complex de organizare a memoriei devine mai extins şi mai intricat construit pe măsură ce copilul dumneavoastră

trece de la copilărie la perioada adultă, permițându-i să își dezvolte abilitatea de a învăța din experiență. Organizarea unică a memoriei modelează felul în care copilul percepe și reacționează la ceea ce se întâmplă în jur.

SCHIMBĂRILE DIN MEMORIE: ÎNVĂȚAREA

Atunci când conținutul memoriei este extins sau modificat, îl numim *„învățare"*. Învățăm în nenumărate moduri, fie că suntem sau nu conștienți de aceasta. Învățăm atunci când avem o experiență nouă sau asimilăm noi fapte și informații și învățăm când ne gândim și reflectăm asupra experiențelor trecute (amintiri), mai ales dacă facem acest lucru împreună cu o altă persoană.

Emoția are un rol complex în învățare. Prea multă emoție (furie, teamă, tristețe) pare să interfereze cu învățarea: nu vedem clar situațiile sau nu ne amintim bine evenimente sau fapte atunci când sentimentele noastre sunt aprinse. Prea puțină emoție (plictiseală sau detașare emoțională) are un efect similar: pierdem mult din ceea ce se întâmplă și amintirile despre evenimente sau fapte sunt vagi sau lipsesc cu totul.

Multe prilejuri de învățare sunt prezente în „terapia prin vorbire". Relația permanentă, experiența și reacția la maniera în care se comportă și reacționează terapeutul sunt o oportunitate de învățare. Expunerea la noi informații despre comportament, sentimente sau gânduri este o altă oportunitate de învățare și schimbare. Revederea informațiilor vechi (memorie) și înțelesul lor reprezintă alte oportunități de învățare din cadrul procesului psihoterapeutic. Care anume dintre aceste ocazii este evidențiată variază de la un tip de psihoterapie la altul.

ÎNVĂȚAREA ȘI PSIHOTERAPIA

Toate formele de psihoterapie se bazează pe asimilarea informațiilor și extinderea și modificarea amintirilor ca proces central al schimbării. Dat fiind faptul că oamenii au diferite aptitudini și stiluri de învățare, nu este de mirare că există atât de multe tipuri de psihoterapie (vezi Capitolul 8 despre diferite tipuri de tratament psihologic).

Unele tipuri de psihoterapie se concentrează în primul rând asupra *comportamentului* copilului dumneavoastră și asupra comportamentului altor persoane din viața lui. Alte forme se concentrează în special pe *gândurile* și *sentimentele* copilului. Centrul de interes al unei anumite forme de psihoterapie îl poate constitui experiența *actuală*, *cea trecută* sau ambele. Toate formele de psihoterapie oferă *relația* ca modalitate de învățare, dar unele accentuează relația însăși ca mijloc de învățare și schimbare.

O DISCUȚIE DESPRE TEORIA PSIHODINAMICĂ, PSIHOTERAPIE ȘI JOC

Psihoterapia psihodinamică promovează schimbarea (învățarea) copilului în primul rând prin intermediul relației cu terapeutul. Deși legătura formată cu terapeutul este considerată ca fiind centrală, lucrurile despre care se discută între terapeut și copil sunt, de asemenea, o modalitate esențială de îmbunătățire. Așadar, în psihoterapia psihodinamică, învățarea are loc prin intermediul noii relații formate cu terapeutul și prin noile informații oferite de acesta.

Învățarea semnificativă are loc atunci când experiențele emoționale (sentimentele) fac parte din relație și se vorbește despre ele. Concentrarea pe sentimentele copilului dumneavoastră

despre sine şi despre alţii este fundamentală pentru noua învăţare care are loc în cadrul psihoterapiei psihodinamice. Schimbările pozitive au loc atunci când copilul îşi îmbunătăţeşte modul de gestionare a anumitor sentimente şi emoţii profunde, ce formează nucleul problemelor care l-au adus la tratament.

Multe tipuri diferite de teorii psihodinamice explică eficacitatea psihoterapiei psihodinamice. În materialul de mai jos voi prezenta câteva idei, comune tuturor tipurilor de teorii, care vă vor ajuta să înţelegeţi de ce psihoterapia psihodinamică pune accent pe relaţii şi pe sentimente şi cum au loc schimbările în cadrul acestui proces.

TEORII PSIHODINAMICE ALE MINŢII

Termenul „minte" se referă la organizarea invizibilă care stă la baza gândirii, afectului şi a comportamentului uman. Această organizare este invizibilă nu numai din exterior, pentru alţii, dar şi din „interior", întrucât nu este conştientă. În termeni generali, teoriile psihodinamice împărtăşesc convingerea că mintea umană este în mare parte inconştientă.

Această organizare complexă a funcţionării mentale, la care se face referire prin termenul *minte*, este diferită de *creier*. Creierul este baza materială, vizibilă şi complexă a funcţionării mentale. Putem să vedem creierul prin diverse tehnici folosite de specialiştii în neuroştiinţe, care explorează proprietăţile chimice şi electrice, precum şi componentele şi conexiunile dintre ele. Cu cât aflăm mai multe despre creier, cu atât mai mult ne minunăm de organizarea minţii. Deşi ştim că mintea şi creierul sunt intim legate, este posibil ca detaliile acestei relaţii să rămână un mister pentru o lungă perioadă de timp.

Se crede că mintea este compusă din subsisteme care interacţionează şi din care rezultă comportamentul organizat, gândurile

conştiente, imagini şi sentimente. Teorii diferite propun diferite tipuri de subsisteme sau de niveluri de organizare. Aceste teorii au apărut iniţial deoarece psihiatrii şi psihologii încercau să înţeleagă complexitatea, consistenţa şi versatilitatea sentimentelor, a gândirii şi a comportamentului uman. Mare parte din bogăţia şi profunzimea funcţionării mentale umane, care generează emoţii, gânduri şi acţiuni, este generată de capacitatea noastră de a găsi şi a crea modele extrem de complexe în mediul înconjurător şi în interiorul nostru. Natura noastră de fiinţe umane ia naştere din capacitatea noastră de a organiza experienţa cu emoţie, sens şi simbolism.

Diverse teorii psihodinamice au în comun o *perspectivă de dezvoltare* conform căreia, pe parcursul vieţii, în minte are loc un proces continuu de creştere şi de schimbare. Învăţarea este posibilă din copilăria timpurie până la o vârstă înaintată. O perspectivă de dezvoltare (vezi Capitolul 3) are următoarele implicaţii:

- Copiii nu sunt mici adulţi;
- Există o diferenţă între organizarea mentală a unui copil (mai mulţi factori emoţionali) şi cea a unui adult dezvoltat (mai mulţi factori raţionali);
- Ambele tipuri de organizări (mai emoţională/copilărească şi mai raţională/adultă) există într-o stare de tensiune la toţi adulţii;
- În această stare de tensiune, echilibrul este instabil. Ca răspuns la stresul intern sau la cel extern, mintea se poate deplasa către o organizare mai mult sau mai puţin constructivă;
- Toată lumea are nevoie de sprijin din partea celorlalţi pentru a-şi menţine cel mai înalt nivel de organizare mentală constructivă.

Teoriile psihodinamice au în comun şi convingerea că anumite *experienţe umane* au o influenţă puternică asupra structurii

minții. De importanță esențială printre astfel de experiențe sunt *relațiile umane.* Atunci când o relație sporește sentimentele de siguranță, bunătate și de încredere și diminuează sentimentele de durere, teamă, răutate, inutilitate și incompetență, este simțită ca plină de compasiune și de sens. De-a lungul timpului, într-o astfel de relație sunt create diferite calități ale organizării mentale, care sunt pozitive și stabile: calități ca încredere, flexibilitate, speranță și încredere în sine. Aceste calități par a fi asociate cu concepția că experiența „are sens" și „înțeles". Comportamentul care ia naștere dintr-o astfel de concepție are sens pentru ceilalți și ia în considerare sentimentele și nevoile altor persoane. Una peste alta, grija și compasiunea în relațiile de la începutul vieții au un impact pozitiv asupra calității organizării mentale. Această influență pozitivă poate continua să existe la maturitate, independent de alte experiențe de viață.

Cum relațiile sunt imperfecte, există de asemenea momente în toate relațiile în care sentimentele de siguranță, bunătate și de competență scad, iar cele de durere, teamă, răutate și inutilitate cresc în intensitate. În acest fel sunt create trăsături negative și instabile ale organizării mentale. Acestea includ neîncredere, rigiditate, pesimism și îndoială. Aceste trăsături generează perspectiva conform căreia experiența noastră este „fără sens" și „lipsită de rost". Comportamentul care ia naștere dintr-o astfel de concepție pare fără sens pentru alții și extrem de egocentric.

Pierderile și separările sunt alte tipuri de experiențe de viață importante și pline de înțeles, care au un impact asupra organizării mentale. La cel mai simplu nivel de experiență de viață se află pierderile mici de zi cu zi, schimbare, dezamăgire și frustrare. Exemplele cuprind experiența fiicei când prietenul ei a anulat întâlnirea sau reacția fiului la aflarea faptului că are mai puțini bani în pușculiță decât credea. Astfel de experiențe duc la ajustări pe „harta" mentală a copilului dumneavoastră referitoare la felul în care funcționează lumea. O parte importantă a acestei schimbări în organizarea mentală implică schimbări în modul în care

sunt controlate sau alinate emoţiile care însoţesc experienţele de pierdere şi separare. Pe măsură ce copilul dumneavoastră se dezvoltă, astfel de emoţii devin mai puţin intense, abrupte şi mai elaborate.

În cazul în care copilul dumneavoastră este norocos, pierderile şi schimbările majore care fac parte din experienţa de viaţă pot să apară rar în copilăria lui. Printre evenimentele stresante din punct de vedere emoţional se numără afecţiuni medicale sau psihiatrice grave, precum şi perturbări majore ale relaţiilor de îngrijire cauzate de divorţ sau abuz. Cea mai importantă experienţă de separare şi pierdere este moartea. Astfel de pierderi majore duc de obicei la o reorganizare mentală semnificativă a imaginilor de sine şi ale celorlalţi. Uneori, reorganizarea duce la o viaţă mentală care este mai înţeleaptă, mai bine adaptată din punct de vedere emoţional şi mai optimistă. Alteori, reorganizarea duce la o viaţă mentală mai confuză, instabilă din punct de vedere emoţional şi vulnerabilă.

Adaptările imaginii de sine şi a altor persoane pe care le face copilul sunt incluse în acest proces de schimbare mentală. Când copilul este mic, aceste imagini se află de obicei la extreme, fie pozitive, fie negative. Ca răspuns la ceea ce se învaţă din experienţă şi la îmbunătăţirea capacităţii de a-şi controla emoţiile, aceste imagini devin mai realiste şi mai puţin extreme, cu alte cuvinte devin mai rezonabile. Cu emoţii mai stabile şi cu imagini mai realiste de sine şi ale altora, un copil îşi dezvoltă un sentiment puternic de rezilienţă faţă de separări şi pierderi.

Există multe alte experienţe de viaţă importante care influenţează organizarea mentală şi care fac parte dintr-o *dezvoltare fizică şi socială normală*. De exemplu, pe măsură ce copilul se îndreaptă spre pubertate, organizarea mentală din copilărie suferă o reorganizare majoră. Aceste modificări majore din minte sunt generate de creşteri hormonale, de creşterea creierului şi a trupului şi de expectaţii sociale schimbate. Etapele ulterioare ale vieţii, ca mariajul, parentalitatea şi îmbătrânirea fizică, duc, de

asemenea, la o reorganizare mentală substanțială, mai ales a imaginilor de sine și ale altora. Trebuie reiterat faptul că reorganizarea duce uneori la o viață mentală mai înțeleaptă și mai adaptată din punct de vedere emoțional, iar alteori duce la o viață mentală mai confuză și instabilă din punct de vedere emoțional.

O TEORIE A PSIHOTERAPIEI PSIHODINAMICE

Din perspectiva teoriei discutate mai devreme, putem înțelege mai bine modul în care este utilă psihoterapia psihodinamică. Prin relația și subiectele discutate, unele aspecte ale organizării mentale (minții) sunt modificate într-o direcție pozitivă. Acest lucru poate avea legătură cu imaginea de sine, cu relațiile cu alții, experiența pierderii și separării și cu maniera de controlare a anumitor emoții. Această modificare pozitivă poate ajuta ca anumite idei, imagini, așteptări etc. să devină mai puțin fantastice și mai realiste, mai puțin imature și distorsionate, haotice și dezechilibrate și mai stabile și integrate. Prin psihoterapia psihodinamică imaginea de sine, imaginea altor persoane și a lumii devin mai conectate la emoții pozitive încurajatoare și mai puțin la cele negative și perturbatoare.

Sursele pentru astfel de schimbări pozitive din mintea copilului pot rezulta din cele două mijloace de învățare din psihoterapia psihodinamică: *relația* dintre copil și terapeut și *comunicarea* dintre ei. Aceste două modalități de învățare sunt diferite, dar reciproc interactive. Calitatea relației influențează modul în care sunt interpretate lucrurile comunicate, iar, la rândul ei, comunicarea influențează calitatea relației.

Experiența unei noi *relații* pozitive și utile cu un terapeut este o forță extrem de importantă pentru o schimbare constructivă a sentimentelor, a gândurilor și comportamentului copilului. Dezvoltarea unei astfel de relații terapeutice necesită timp. Începe cu

experienţa cadrului terapeutic, un loc prietenos, confortabil şi sigur. Astfel de sentimente pot fi ajutate şi prin folosirea jucăriilor şi a altor obiecte de joacă. Pe măsură ce cadrul pare să fie mai sigur şi mai prietenos, copilul dumneavoastră poate să îl perceapă pe terapeut ca fiind mai grijuliu şi mai interesat. Prin şedinţe programate regulat, copilul are şansa să considere terapeutul înţelegător. Copilul capătă sentimentul că cineva ţine la el, este interesant şi înţeles, iar dispoziţia sa şi sentimentul de sine devin mai pozitive. În cadrul şedinţelor, copilul poate să înceapă să experimenteze modalităţi mai bune de a-şi controla sentimentele sau gândurile despre oamenii şi despre evenimentele din viaţa lui şi despre interacţiunile cu ceilalţi. Starea mai optimistă a gândurilor, sentimentelor şi interacţiunilor sale diferă de obicei de cea de la începutul terapiei. Dacă sunt suficient de puternice, astfel de stări pozitive şi schimbările legate de acestea se pot continua acasă şi în viaţa sa şcolară.

Cu un sentiment crescut de siguranţă şi înţelegere şi un nivel redus de anxietate, copilul este mai capabil să asimileze şi să beneficieze de cea de-a doua modalitate de schimbare pozitivă: *comunicările* terapeutului. Aceste comunicări pot fi realizate în primul rând *verbal* (bazându-se pe limbaj) sau *nonverbal*. În orice caz, scopul ultim este ajutarea copilului să înţeleagă şi să facă faţă mai bine oricărei dificultăţi care l-a adus la terapie. Dificultatea poate fi un anumit eveniment (cum ar fi un părinte foarte bolnav, un divorţ sau naşterea unui frate) sau, dimpotrivă, un număr de experienţe de viaţă provocatoare (cum ar fi gestionarea separărilor obişnuite, jocul cu alţi copii sau controlul sentimentelor de furie, teamă sau dezamăgire). Unii copii par să treacă prin astfel de evenimente cu perturbări minime, iar alţii găsesc astfel de experienţe de viaţă ca fiind foarte dificile.

În terapia cu mai puţin joc, *comunicările verbale* ale terapeutului vor fi reprezentate de comentarii, întrebări şi observaţii ca răspuns la ceea ce spune copilul. În terapia prin joc, comunicarea verbală a terapeutului cuprinde comentarii despre acţiunea ce are

loc în timpul jocului. *Comunicările verbale* ale terapeutului pot fi legate de o mutare pe tabla de joc, de observarea acțiunii unei figurine sau descrierea a ceea ce se desenează. Sau el poate face comentarii asupra emoțiilor și motivațiilor exprimate în joc. De exemplu, terapeutul poate observa cum pare o figură singură sau tristă într-un desen sau se poate întreba de ce un cal de jucărie se îngroapă singur în nisip. Tonul terapeutului este în general înțelegător și de acceptare, curios și blând.

La un moment care pare să fie potrivit, terapeutul poate comenta conținutul jocului și relația cu problema curentă, care a adus copilul la tratament. Astfel de *comunicare verbală* ia naștere din înțelegerea copilului pe care terapeutul a obținut-o din interacțiunea cu acesta și din discuțiile cu dumneavoastră. Un scop al acestor schimburi verbale este de a vă ajuta copilul să înțeleagă și să accepte experiența emoțională (pe a sa și pe a altora).

Comunicarea nonverbală din cadrul psihoterapiei psihodinamice este mai greu de identificat, dar este foarte importantă în promovarea unui sentiment de acceptare și de înțelegere între copil și terapeut. Aceasta poate fi exprimată printr-o ridicare din umeri, printr-o aprobare cu capul, un zâmbet, un oftat sau prin cât de mult îl lasă terapeutul pe copil să aleagă în ce activități se implică, cât de mult participă terapeutul la joc și de calitatea de energie emoțională pe care o aduce terapeutul în joc.

Fie că este verbală sau nonverbală, comunicarea în ambele sensuri dintre terapeut și copil contribuie la o schimbare treptată în organizarea mentală a acestuia. Pe măsură ce au loc discuții și jocuri și relația dintre ei devine mai sigură și mai comunicativă, sentimentul de sine al copilului și dispoziția sa devin mai pozitive. Ca răspuns la observațiile terapeutului, copilul învață și mai mult: despre situațiile dificile cu care are de-a face, cu sau fără emoțiile pe care le simte. Noile achiziții înseamnă că micul pacient are o nouă structură în mintea sa, care apare sub formă de schimbări în sentimentele, gândurile și comportamentul său. Aceste schimbări semnalizează o capacitate îmbunătățită de a-și

gestiona emoţiile şi situaţia care a dus la terapie, capacitate care înseamnă şi o reducere a simptomelor sale îngrijorătoare.

Cu alte cuvinte, prin comunicarea în ambele sensuri, copilul poate ajunge să îşi cunoască şi să aibă încredere deplină în terapeutul sau. Când acest lucru se întâmplă, copilul va aduce în prim-plan experienţe personale mai intense şi perturbatoare, fie direct, verbalizând, fie prin intermediul jocului. Prin experienţe extrem de personale mă refer la experienţe emoţionale importante pentru sentimentele sale de siguranţă. Prin perturbatoare înţeleg o experienţă (de obicei o pierdere sau o separare) care implică sentimente ca teamă, furie, dezamăgire, vinovăţie şi ruşine.

Fiecare copil începe terapia la un nivel diferit de *încredere*, care reflectă viziunea sa despre cât de mult se poate baza pe terapeut pentru a-l ajuta şi a nu-l răni. Nivelul de încredere reflectă de asemenea puterea calităţilor pozitive şi negative ale imaginilor părinţilor şi ale altor figuri cu autoritate din mintea sa. De asemenea, este un indiciu al dezamăgirii şi rănirii pe care îşi imaginează că le poate tolera fără să se simtă copleşit. Aceasta reflectă, desigur, anumite calităţi ale imaginii de sine. Odată cu dezvoltarea unei încrederi mai profunde, copilul dumneavoastră este mai deschis la observaţiile, sugestiile şi înţelegerea oferite de terapeut.

Atât terapeutul, cât şi copilul contribuie la dezvoltarea unei încrederi mai profunde. Nivelul de încredere se vede în uşurinţa şi spontaneitatea cu care decurg discuţia şi jocul. Atunci când au loc dificultăţi în cadrul unei relaţii de încredere, copilul şi terapeutul pot discuta direct despre ele. De asemenea, pot discuta şi despre sentimentele care sunt parte integrantă a dificultăţilor şi divergenţelor, mai ales din punctul de vedere al copilului. Acest tip de comunicare reprezintă pentru copil o oportunitate de a-şi dezvolta o înţelegere mai bună şi o acceptare a propriilor experienţe emoţionale şi a celor ale altei persoane. Astfel de înţelegere şi de acceptare mai profunde reflectă o schimbare pozitivă în organizarea mentală a copilului şi, de asemenea, fac posibilă schimbarea ulterioară pozitivă. Când se întâmplă acest lucru, el

apare sub formă de schimbări pozitive în comportamentul exterior.

PSIHOTERAPIA PSIHODINAMICĂ ŞI JOCUL

„Bine", puteți spune în sinea dumneavoastră, „dar în cazul în care copilul meu nu are un limbaj atât de dezvoltat sau nu îl foloseşte, şi deci nu poate să vorbească direct despre astfel de experienţe complicate cum ar fi sentimentele faţă de părinţii săi, fratele sau despre profesorul său?"

Limbajul nu este singurul mod de comunicare. Experienţa însăşi este structurată simbolic în minte şi poate fi comunicată prin *joc* (poate că prin desen, prin joc cu figurine sau prin jocuri interactive), prin intermediul cărora copilul reprezintă ceea ce îl perturbă în viaţa lui şi în sine.

Reţineţi: atunci când copilul dezvoltă simptome, el întâmpină probleme într-un aspect sau altul al muncii lui: controlarea corpului sau gestionarea emoţiilor, implicarea în relaţii şi asimilarea informaţiilor despre lume. Deşi nu poate vorbi despre aceste probleme, se poate „juca despre ele". Sarcina terapeutului este să găsească modalităţi eficiente pentru ca fiul dumneavoastră să-i comunice dificultăţile, simbolic, prin intermediul jocului.

De fapt, un copil vine de obicei la terapie din cauză că abilitatea de a-şi comunica prin joc dificultăţile a fost întreruptă sau insuficient dezvoltată. Atunci când capacitatea de joc este blocată, un copil ratează o ocazie excelentă de a descoperi rezolvări bune. Prin folosirea capacităţii de joc deja existente, sau printr-o capacitate de joc îmbunătăţită cu ajutorul terapeutului, copilul poate să descopere soluţii mai bune la probleme şi să îşi dezvolte metode interioare mai eficiente de a gestiona sentimentele perturbatoare care l-au dus la tratament. Înarmat cu aceste achiziţii, copilul poate „reveni pe calea cea bună" în sarcinile pe care le are.

Exemplul de mai jos ilustrează modul în care interacţiunile din timpul terapiei prin joc au ajutat un băieţel să înceapă să-şi înţeleagă vulnerabilitatea şi furia. Între paranteze voi descrie modul în care a progresat terapia, discutând despre felul în care acţiunile terapeutului şi jocul în sine au făcut ca aceste schimbări pozitive să aibă loc.

Roger era un băieţel isteţ de şapte ani, căruia îi plăcea să construiască structuri complexe cu toate materialele pe care le avea la îndemână. Se descurca bine la şcoală, în afară de faptul că, atunci când întâmpina frustrări, avea accese de furie severe care includeau injurii, ţipete, loviri şi muşcarea tuturor persoanelor din apropiere. Prin urmare, nu avea prieteni.

Părinţii lui Roger divorţaseră când el avea doi ani. Nu avea fraţi. Mama sa, cea care avea grijă de el, se simţea frecvent copleşită din punct de vedere fizic şi emoţional şi ţipa la Roger ori de câte ori făcea ceva împotriva voinţei ei. Tatăl lui Roger nu prea avea legături cu fiul său; ocazional, îi trimitea o felicitare şi un cadou de ziua lui.

Roger şi-a petrecut primele câteva luni de terapie construind structuri complexe din cuburi şi cu piesele de Lego din biroul terapeutului său. (Cum nivelul său de încredere era destul de redus, Roger lăsa doar cu mari precauţii să se vadă vreo emoţie semnificativă.) Deşi iniţial protestase în privinţa urmării terapiei, a început treptat să îşi manifeste interesul şi entuziasmul pentru şedinţe şi pentru lucrul la o anumită structură complexă pe care o construia cu terapeutul, pe parcursul mai multor săptămâni. (Cabinetul şi terapeutul au început să i se pară mai sigure şi Roger a devenit mai relaxat şi s-a simţit mai confortabil în cadrul şedinţelor.)

În cadrul şedinţelor, a devenit treptat mai puţin tăcut şi precaut şi mult mai vorbăreţ şi jucăuş. (Îşi dezvolta treptat o încredere mai mare.) Toate acestea au fost centrate pe jocul său,

şi niciodată pe viaţa alături de mama lui, problemele şcolare sau pe absenţa tatălui.

La un moment, a înşfăcat un biberon de jucărie şi a început să sugă din el în timp ce îşi construia structurile. Părea să îşi privească terapeutul cu atenţie, pentru un comentariu critic sau umilitor. Cum acesta nu a avut loc, a început să folosească biberonul cu regularitate. (Roger riscă şi se complace într-o manieră dezirabilă şi autosatisfăcătoare, care pare să fie asociată cu sentimente de ruşine şi de teamă.) Într-o zi a umplut biberonul cu apă şi a început să vorbească ca un bebeluş cu terapeutul. (Roger îşi măreşte nivelul de încredere în sine şi în terapeut, ceea ce îi face pe amândoi să observe şi să accepte părţile sale vulnerabile şi dependente. În mod simbolic, arată prin joc faptul că se simte ca un bebeluş cu nevoi nesatisfăcute.) În afara şedinţelor, accesele de furie devin mai rare. (Maturizarea sa în sensul acceptării şi al unei imagini de sine mai pozitive este reflectată în afara şedinţei.)

În decursul anului următor, Roger a încorporat jocul cu animale în proiectele sale de construcţie. (În mod simbolic, Roger permite pătrunderea unui material emoţional mai mare în joaca sa.) Acestea erau un sconcs foarte furios şi nimeni nu îl plăcea „pentru că mirosea" şi un dinozaur orfan „mereu înfometat". Un scenariu repetitiv a evoluat cu aceste animale: sconcsul a fost exclus din clădiri şi din compania altor animale pentru că mirosea, iar dinozaurul devora şi distrugea clădirile pentru că nu se sătura niciodată de mâncat. (Roger explorează simbolic diferite imagini despre sine, exprimate în jocul personajelor.)

Terapeutul a pus în joc şi şi-a elaborat rolurile care i-au fost atribuite: sconcs, dinozaur sau alte animale, sub îndrumarea lui Roger. (Terapeutul a transpus în cuvinte emoţiile şi sentimentele neidentificate care veneau împreună cu aceste imagini diferite despre sine/animale. De exemplu, a reieşit din joc că sconcsul mirosea doar dacă era speriat şi trist, în special atunci când nimeni nu părea să vrea să se joace cu el. Atunci când a fost de

acord să nu împroaşte cu furie celelalte animale, s-a dovedit că acestea erau mai dispuse să îl lase să se joace cu ele.)

Folosirea biberonului şi vorbirea infantilă a lui Roger din cadrul şedinţelor s-au diminuat şi, în cele din urmă, au dispărut. (Şi-a dezvoltat alte modalităţi de organizare şi de satisfacere a nevoii sale de autoliniştire, mai adecvate vârstei sale.) Întrucât accesele de furie s-au rărit şi acasă, şi la şcoală, Roger a început să se joace cu alţi copii. O spirală pozitivă de tolerare îmbunătăţită a frustrării şi relaţii mai bune cu ceilalţi, în principal cu mama sa, a dus în cele din urmă la sfârşitul terapiei, deşi în terapie nu s-a discutat niciodată explicit despre dificultăţile sale.

ASPECTE PRACTICE ALE TERAPIEI PRIN JOC

În secţiunea precedentă am descris modul în care jocul este folosit în terapie pentru a construi o relaţie şi ca o modalitate de schimbare. Mă voi concentra acum asupra *aspectelor practice ale terapiei prin joc*, cum este folosită cu copiii, din momentul în care încep să meargă până înspre 11 sau 12 ani. Voi descrie aranjarea unei camere de joacă şi voi aduce mai multe exemple de moduri în care terapia prin joc este folosită ca instrument pentru a aduce la lumină probleme emoţionale şi pentru a le rezolva.

Camera de joacă: de obicei, jocul are loc într-o cameră construită în aşa fel încât să asigure libertate de mişcare, fără grija că ceva va fi stricat. Spaţiul conţine diferite tipuri de materiale, în funcţie de vârsta copilului, de tipul de probleme care au dus la terapie, de amplasamentul biroului şi de confortul terapeutului.

De obicei, există obiecte folosite pentru crearea de imagini bidimensionale (creioane, carioci, creioane colorate, vopsele etc.) şi câteva pentru crearea imaginilor tridimensionale (lipici, piese Lego, cuburi). Pot exista figurine mici care pot fi manevrate (animale, păpuşi cu figuri umane, marionete) şi folosite pentru

crearea unor acțiuni diferite pe podea, pe masă, în cutia de nisip sau la o masă cu apă. În cameră se găsesc și obiecte ce pot fi folosite pentru jocuri fanteziste în mărime naturală, cum ar fi telefoanele, păpuși, seturi de ceai, costume sau arme de jucărie. În general, cadrul seamănă cu zona de joacă bine dotată a unei grădinițe sau a unei săli de clasă. Pentru copiii mai mari, recuzita poate cuprinde mese cu jocuri sau jocuri pentru grupele mari de mușchi, cum ar fi coșul de baschet sau o bâtă și o minge. Pe măsură ce terapeutul ajunge să îl cunoască pe copil, este posibil să aducă material de joacă specific lui (un set de construit, de pildă). Aceste obiecte diferite de joc pot fi folosite doar de către copil sau în interacțiune cu terapeutul.

Înainte de prima ședință: înainte să vadă copilul, terapeutul probabil că va vorbi cu dumneavoastră. Vă poate sugera cum să vă pregătiți copilul pentru prima întâlnire cu un terapeut. Cel mai probabil, mai ales pentru un copil până în adolescență, întâlnirea va avea loc în camera de joacă. Terapeutul vă poate încuraja să îi spuneți copilului că v-ați întâlnit cu el și că este în regulă să vorbiți despre lucruri personale. Puteți să adăugați că vorbiți cu terapeutul pentru a vă da seama cum puteți ajuta lucrurile să se îmbunătățească pentru copilul dumneavoastră, cu referire la simptomele lui. O astfel de pregătire poate reduce teama și rușinea pe care copiii le simt adesea atunci când vorbesc cu un străin despre chestiuni personale.

Prima ședință: la prima întâlnire, terapeutul se va prezenta și va invita copilul să vadă camera de joacă. Poate să fie tăcut și să aștepte să vadă cum reacționează copilul sau îl poate încuraja, spunându-i că este bine venit să facă tot ceea ce îl interesează. În funcție de vârsta copilului și de temperamentul său, nivelul de anxietate sau de depresie și de gradul de confort față de adulți, copilul va începe să interacționeze cu terapeutul în maniera sa caracteristică. Poate fi timid și tăcut sau foarte activ și vorbăreț; se poate angaja într-un joc foarte imaginativ cu figurine, o activitate solitară sau se poate oferi să arunce o minge de la unul la altul.

La un moment potrivit, după observarea faptului că anxietatea copilului s-a diminuat, terapeutul poate discuta despre motivul pentru care a venit la terapie. Poate spune că această primă întâlnire este una dintre puținele întâlniri în care va încerca să afle mai multe despre viziunea lui asupra problemei pentru care părinții l-au adus acolo. Sau poate indica faptul că acesta este începutul timpului pe care îl vor petrece împreună regulat, vorbind și jucându-se, pentru a-l ajuta cu problemele și sentimentele lui. Poate fi explicit în privința tipurilor de sentimente cu care are probleme și a circumstanțelor în care apar dificultățile. De exemplu, terapeutul poate recunoaște și valida empatic sentimentele de furie ale copilului față de frate sau de tristețe față de tată (absent), sau cât de dureros de timid și de rușinat se simte față de adulți, colegi sau noi cunoștințe. Accentul este pus pe sentimente și relații.

Timpul în care copilul se implică în joc și îl folosește pentru a se ajuta variază foarte mult. De la bun început poate să simtă că terapeutul este un adult care îi oferă un cadru sigur în care să se joace, în așa fel încât să poată fi capabil de a „reveni pe calea cea bună" sau îi poate lua ceva timp, asemenea unor copii care au nevoie de ajutor în dezvoltarea atașamentului față de terapeut sau în folosirea jocului pentru a rezolva o dificultate. Terapeutul însuși poate iniția jocul și poate lucra la implicarea copilului dumneavoastră în joc pentru a-i demonstra utilitatea și a-l încuraja să se alăture. De exemplu, el poate participa activ în jocul cu figurine, poate ajuta la dezvoltarea poveștilor sau poate încuraja un nou fel de joc. Exemplul de mai jos ilustrează modul în care sentimentul de siguranță s-a dezvoltat treptat între mine (terapeutul) și un băiețel:

> Frankie, un băiețel de opt ani, care avea probleme temperamentale frecvente și accese de furie prelungite, a intrat în biroul meu și a observat marea casă de păpuși, păpuși care sugerau o familie, și mobilierul. A spus cu dispreț că el nu s-ar juca niciodată

cu acele „lucruri" pentru că era un joc „de fete". I-am spus că este treaba lui, dar că am descoperit că mulţi băieţi au găsit casa de păpuşi foarte interesantă. În decursul următoarelor două săptămâni a „zăbovit" din ce în ce mai mult la casa de păpuşi, introducând o gamă de animale sălbatice şi alte figurine şi transformând-o într-o „casă din junglă". În cele din urmă, a petrecut mult timp jucând simbolic experienţe de familie importante, care erau înfricoşătoare şi copleşitoare pentru el. Treptat, accesele sale de furie s-au redus în intensitate şi în cele din urmă au dispărut.

Discuţii care fac legătura între joc şi experienţele de viaţă ale copilului din afara cabinetului: în desfăşurarea normală a terapiei prin joc, terapeutul copilului discută despre joc pe măsură ce are loc în cabinet. Dar la începutul tratamentului, terapeutul va face rar comentarii care creează o legătură între dificultăţile şi evenimentele din afara cabinetului şi jocului din cabinet. Asta pentru că, dacă sunt aduse în discuţie sentimente foarte puternice, fluxul jocului poate fi întrerupt. Doar atunci când se pare că fata sau băiatul se simte suficient de în siguranţă, terapeutul va aminti precaut de „dificultăţile de afară", potenţial stânjenitoare şi stresante. Următoarele poveşti ilustrează cum am început treptat să discut conexiunile dintre joc şi dificultăţile unui băieţel cu colegii de la şcoală.

Juan era un băieţel de 12 ani care avea dificultăţi semnificative de a se înţelege cu colegii şi de a-şi face prieteni. Voia să îşi petreacă majoritatea timpului de terapie jucând jocuri de societate sau implicându-se în activităţi competitive. Nu a durat mult până a devenit evident că era extrem de important pentru el să câştige aceste jocuri, atât de mult, încât trişa des, chiar şi când conducea! După cum vă puteţi imagina, trişatul era un factor central în problemele sale cu colegii.

Primele mele remarci au fost despre joc. Am vorbit cumva detaşat despre cum am realizat treptat că inventa „reguli speciale"

după care urma să jucăm şi despre cât de surprins eram, din moment ce el nu-mi spusese. Comentariile mele şi discuţia noastră au rămas centrate pe relaţia noastră şi ne-am jucat împreună pentru o perioadă lungă. Credeam că, dacă fac o legătură între acest comportament faţă de mine şi problema sa exterioară, înainte să se simtă suficient de în siguranţă cu mine, era posibil să se simtă prea umilit şi furios pentru a deveni mai încrezător. Dacă acest lucru s-ar fi întâmplat, orice alte observaţii sau înţelegeri aş fi avut cu privire la dificultatea sa „i-ar fi intrat pe o ureche şi ar fi ieşit pe cealaltă".

De-a lungul mai multor luni am lucrat la interacţiunea dintre noi, inclusiv la nevoia lui de a câştiga, la sentimentele sale de eşec şi inutilitate. Treptat, teama sa de pierdere, care stătea la baza presiunii de a câştiga, s-a redus şi nevoia de „reguli speciale" cu mine s-a diminuat. Am petrecut din ce în ce mai mult timp vorbind despre amănuntele problemelor sale din relaţiile din afara şedinţei, iar el a început să îşi facă şi să îşi păstreze prieteni.

PĂRINŢII ŞI TERAPIA PRIN JOC

Schimbarea are nevoie de timp. Chiar dacă înţelegeţi teoria şi practica terapiei prin joc, poate fi greu pentru dumneavoastră ca părinte să vă aduceţi copilul săptămânal la terapie. Dacă nu observaţi nicio schimbare pentru o perioadă, vă veţi pune întrebări despre valoarea timpului petrecut la joacă. Schimbarea poate fi lentă. Este nevoie de timp pentru ca un copil să construiască o relaţie de încredere, astfel încât să poată fi abordate subiecte semnificative, ca şi în cazul unui adult. De regulă va dura cel puţin 20 de întâlniri săptămânale (cinci luni) pentru a construi o relaţie şi pentru a începe să observaţi că a avut loc o schimbare.

Ca părinte, sunteți nerăbdător să vedeți o schimbare cât de repede posibil: sunteți îngrijorat în privința copilului, dar și de presiunea financiară. Tratamentul costă, iar deseori asigurarea medicală acceptă doar un număr limitat de ședințe.

Pentru a compensa o parte din presiunea pe care este posibil să o simțiți, este important să dezvoltați o relație de încredere cu terapeutul. O alianță părinte-terapeut este construită în timp, prin întâlniri frecvente, care abordează temerea și grijile dumneavoastră, precum și greutățile copilului. O relație bună cu terapeutul ajută la contracararea unei preocupări parentale obișnuite, că terapeutul va deveni „prea important" pentru copil și oarecum va prelua rolul de părinte. Întâlnirile cu terapeutul vă pot ajuta să dezvoltați o nouă perspectivă asupra copilului dumneavoastră, să puneți întrebări, să discutați despre incertitudinile proprii și să vă gândiți la noi modalități de a gestiona situațiile dificile apărute în viața dumneavoastră de părinte.

Dacă după patru până la șase luni de terapie prin joc nu observați nicio îmbunătățire sau observați doar una minimă, discutați despre temerile dumneavoastră cu terapeutul copilului. Cel mai probabil, și el are temeri similare. *Nu* renunțați, pur și simplu, la terapie. În schimb, luați în considerare intervenții suplimentare sau alternative, pentru a aborda câteva dintre următoarele circumstanțe care pot fi prezente.

Chiar și după mai multe ședințe, copilul este prea anxios, deprimat sau precaut pentru a se simți suficient de în siguranță cu terapeutul și pentru a se implica în joc, care permite dezvoltarea unei relații de încredere. Nivelul de atenție a copilului și hiperactivitatea sa pot să interfereze cu abilitatea de a folosi jocul în mod constructiv, astfel încât acesta să rezolve problemele. În schimb, copilul poate utiliza ședințele mai mult pentru descărcarea motorie și a tensiunii. Copilul dumneavoastră poate fi prea „crud" din punct de vedere emoțional, iar ședințele duc la prea multă furie, tristețe sau rușine. În astfel de situații, este mai bine

să vă consultați cu un psihiatru de copii pentru a lua în considerare medicamentele.

Copilul poate să nu progreseze în terapie pentru că factorii externi stresanți din viața sa sunt prea apropiați în timp și prea mari. Obstacole externe în calea ameliorării pot fi certurile majore între părinți, care continuă cât timp copilul este în terapie, orice altă situație de acasă sau de la școală în care se simte mereu în nesiguranță, sau o concepție a copilului că anumite „secrete" nu pot fi împărtășite cu nimeni.

Un alt motiv pentru care terapia este posibil să nu meargă atât de bine pe cât ați sperat poate fi că *potrivirea* dintre terapeut și copilul dumneavoastră nu este bună. Poate fi o diferență mare de personalitate sau de stil, sau potrivirea dintre sexe nu este bună. Sau poate copilul se simte exclus pe nedrept de către alții, ca reprezentând „problema", în timp ce el crede că la dificultățile lui contribuie și alți membri ai familiei. O barieră în travaliul terapeutic apare chiar din faptul că implicarea completă în terapie ar putea să pară ca o recunoaștere a faptului că dificultățile sunt „doar din vina lui". Dacă sunt prezente astfel de circumstanțe, terapia de familie poate fi adăugată ședințelor individuale.

În alte situații, intrarea unui copil într-o terapie prin joc pare să meargă ca prin farmec. Copilul este nerăbdător să meargă la terapie, vorbește frecvent despre terapeut și pare vesel. Schimbări dramatice par să fi avut loc într-o perioadă scurtă de timp. Puteți fi încântat de sentimentul de ușurare adus de îmbunătățire, cumva demoralizat că acest „străin" pare să aducă schimbări atât de rapid, sau amândouă. Rețineți că răspunsurile „placebo" nu au loc doar în cazul medicamentelor. Copilul îi poate atribui terapeutului puteri speciale, chiar fantastice. Acest lucru îi poate sprijini stima de sine sau îi poate reduce sentimentul de vulnerabilitate și de inadecvare.

Nu opriți brusc terapia în fața unei astfel de îmbunătățiri rapide. Aceasta poate duce la revenirea rapidă sau la intensificarea simptomelor sale. Discutați despre observațiile dumneavoastră

cu terapeutul copilului. Terapeutul poate vedea un astfel de răspuns ca o fază preliminară în formarea unei relații de încredere care poate tolera emoții sau subiecte dificile, care vor apărea mai târziu. O astfel de „idealizare" a terapeutului de către copil se temperează de obicei în timp. Există situații în care astfel de concepții despre terapeut permit unui copil să rişte în lumea reală lucruri pe care nu ar fi putut să le facă altfel şi pot avea loc astfel schimbări pozitive reale.

Sper că acest capitol vă va ajuta să înțelegeți mai bine rolul jocului în psihoterapie şi modul în care el este elementul central în psihoterapie. În retrospectivă, părinții simt de obicei că schimbările şi câştigurile care au avut loc prin terapia prin joc au meritat efortul financiar, emoțional şi investiția de timp realizate pentru susținerea tratamentului. Veți găsi mai multe informații despre aceste costuri în Capitolul 12.

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 12
Costurile tratamentului: bani, energie și timp

Creşterea şi îngrijirea unui copil au multe costuri, financiare şi de altă natură. Date fiind costurile financiare ale serviciilor de sănătate mentală în prezent şi solicitările zilnice în ceea ce priveşte resursele emoţionale şi de timp ale părinţilor, nu este de mirare că asigurarea unui tratament adecvat pentru un copil poate fi o provocare majoră pentru părinţi. Sper ca materialul din acest capitol să vă pregătească pentru costurile anticipate şi neanticipate ale urmării unui tratament de către copilul dumneavoastră. Cunoaşterea acestor costuri diferite vă poate ajuta să vă pregătiţi pentru cheltuiala de bani, energie şi timp asociate cu primirea unui tratament de specialitate, necesar pentru a vă ajuta copilul sau adolescentul să revină pe calea cea bună.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

STRUCTURA CAPITOLULUI 12

Mă voi concentra întâi pe costurile financiare ale tratamentului cu specialişti diferiţi şi cu mai multe medicamente (atunci când nu sunt acoperite de asigurare).

Apoi voi analiza celelalte tipuri de costuri implicate în tratament: timpul şi energia dumneavoastră emoţională. Acestea sunt în principal legate de experienţa tratamentului, dar şi de gestionarea relaţiei cu firmele de asigurări medicale.

Voi încheia cu costurile *non*-tratamentului — a nu face nimic. Aceste costuri sunt mai greu de calculat. Privesc această problemă din perspectiva unui părinte cu un copil care are nevoie de tratament şi a unui plătitor de taxe şi impozite, membru al societăţii în care mulţi copii au nevoie de tratament.

COSTURILE FINANCIARE ALE TRATAMENTULUI

Mai jos, mă voi concentra în primul rând asupra costului financiar pentru psihoterapie şi medicamente: cheltuielile avute în cazul lipsei de asigurare. Chiar dacă aveţi asigurare de sănătate, pot exista arii majore din domeniul sănătăţii mentale pe care asigurarea medicală nu le acoperă. Sau aţi putea să alegeţi un specialist care nu este acoperit de către asigurarea dumneavoastră sau să căutaţi tratament în afara limitelor de timp acordate de către firma de asigurări.

COSTURILE FINANCIARE ALE PSIHOTERAPIEI

Tratamentul de specialitate poate fi o componentă crucială a recuperării copilului dumneavoastră. Costul unui astfel de serviciu

variază destul de mult. Tabelul 12.1 evidenţiază costurile tratamentului cu diferiţi specialişti.

Tabelul 12.1 Costul psihoterapiei în cabinete particulare sau în clinici

Tipul de specialist	*Costul şedinţei*	*Observaţii*
Psihiatru de copii: şedinţă de consiliere individuală sau a părinţilor	100–250 $ (45–50 de minute)	Costurile depind de zona geografică şi de pregătirea/experienţa psihiatrului
Psiholog: şedinţă de consiliere individuală sau a părinţilor	80–150 $ (45–50 de minute)	
Testare psihologică	400–2000 $ +	Costurile depind de zona dumneavoastră geografică şi de amploarea testării
Asistent social clinician: şedinţă de consiliere individuală sau a părinţilor	40–100 $ (45–50 de minute)	Costurile depind de zona geografică şi de pregătirea/experienţa specialistului
Orice specialist: terapie de grup	20–40 $ (60–90 de minute)	Costurile depind de zona geografică, de specialist şi de mărimea grupului

Asigurarea dumneavoastră poate acoperi majoritatea costurilor unui număr limitat de şedinţe cu un specialist. Dar dumneavoastră şi specialistul puteţi decide în cazul în care copilul are nevoie de tratament pe o perioadă mai lungă. Astfel, aţi putea fi nevoit să plătiţi dumneavoastră pentru tratament.

Uneori, specialiştii vor accepta onorarii mai mici decât tarifele listate atunci când clientul plăteşte din buzunarul său, pentru a face posibilă continuarea tratamentului în momentul în care acoperirea asigurării se termină sau, pur şi simplu, pentru a se elibera de presiunea şi supravegherea companiei de asigurări.

Într-o *economie de piaţă*, onorariile pentru serviciile de sănătate sunt stabilite de aceleaşi forţe care stabilesc şi onorariile

pentru alte servicii. Una dintre forțe este *cererea și oferta*. Dacă numărul de specialiști rămâne neschimbat, dar mai mulți oameni apelează la tratament, atunci prețurile vor crește. Dacă mai mulți specialiști se întrec în a oferi servicii, atunci prețurile vor scădea. Companiile de asigurări își mențin costul redus prin oferirea unui număr limitat de furnizori, aprobați într-o zonă anume. Specialiștii sunt în competiție pentru aceste poziții, ceea ce înseamnă că, pentru a ajunge pe listă, ei acceptă un onorariu mai mic decât „tariful obișnuit". Un specialist afiliat la o companie de asigurări va primi multe recomandări, dar trebuie să accepte onorariul companiei de asigurări. Pentru că pot fi mai puțini specialiști decât sunt necesari pentru a asigura serviciile pentru o anumită companie de asigurări, părinților care au nevoie de un terapeut pentru copilul lor li se poate părea dificil să găsească pe cineva liber.

O altă forță de piață o constituie *abilitățile și pregătirea* necesare pentru serviciul oferit. Dacă un serviciu sau o sarcină necesită mai multe abilități și pregătire, atunci prețul este mai mare. Din acest motiv specialiștii cu titlu de doctor sunt plătiți mai mult decât cei cu titlu de master. Acest lucru este valabil chiar dacă doi specialiști cu niveluri diferite de pregătire efectuează aceeași sarcină, de exemplu psihoterapia; oamenii se așteaptă ca cei cu o instruire mai mare să fie mai bine pregătiți și să aibă abilități mai bune.

O a treia forță de piață este *valoarea serviciului* evaluată de către specialistul care furnizează serviciul și de persoana care îl primește. Acest element „reglează fin" factorii de cerere și ofertă. De exemplu, un anumit specialist poate fi considerat deosebit de bine pregătit poate avea onorarii mai mari decât alți specialiști cu o pregătire similară. Totuși, companiile de asigurări consideră toate persoanele cu același nivel de pregătire ca fiind egale ca abilități și le plătesc pe toate la fel.

Un *onorariu variabil* este uneori disponibil pentru a reduce costul așteptat al tratamentului. Scala de variație înseamnă că

onorariul pe care o persoană îl plăteşte pentru un serviciu este bazat pe capacitatea sa de plată. Unii specialişti privaţi asigură onorarii variabile, alţii, nu. Aproape toate clinicile publice folosesc onorarii variabile pentru costul psihoterapiei. Din păcate, finanţarea publică (locală, din partea statului sau a guvernului federal) pentru clinicile ambulatorii s-a redus, aşa că scala de variaţie nu mai atinge onorarii la fel de reduse ca altădată.

COSTURILE FINANCIARE ALE MEDICAMENTELOR

Cum a fost menţionat în Capitolul 8, deseori medicamentele şi psihoterapia sunt *amândouă* necesare pentru a-l ajuta adecvat pe copilul dumneavoastră. Fiecare tratament abordează problemele copilului într-o manieră diferită.

Medicamentele sunt în general costisitoare, iar mai mulţi factori contribuie la costul ridicat al acestora. În primul rând, multe dintre medicamentele de uz comun sunt noi şi deci disponibile doar în versiunile mai scumpe, *de marcă*. Brevetele protejează pentru mulţi ani aceste medicamente nou create: doar compania care a creat medicamentul are dreptul să îl producă şi ea stabileşte preţul acestuia. *Medicamentele generice*, disponibile după expirarea brevetului, sunt mai puţin costisitoare decât medicamentul de marcă, deoarece mai multe firme aflate în competiţie produc un anumit medicament.

Un al doilea factor care poate contribui la costul ridicat al medicamentelor este că, în general, psihiatrul dumneavoastră se gândeşte în primul rând care medicament este cel mai bun pentru copil, nu care este cel mai puţin costisitor. De multe ori, cel mai bun tratament medicamentos disponibil pentru o anumită problemă pe care o are copilul este un medicament nou, care însă nu are o formă generică disponibilă.

Multe companii de asigurări şi programe finanţate de stat încearcă să limiteze medicii la folosirea medicamentelor generice,

cerând mai multe documente pentru a justifica folosirea medicamentelor „de marcă", mai costisitoare. Aceste documente şi întârzierea pe care o presupune aşteptarea răspunsului descurajează folosirea medicamentelor „de marcă". În consecinţă, mulţi medici au început să se gândească mai mult la costul unui medicament atunci când optează pentru tratament, şi nu doar să îl prescrie „pe cel mai bun", din punctul de vedere al eficacităţii.

Spuneţi medicului dumneavoastră dacă nu aveţi posibilitatea compensării preţului medicamentelor şi trebuie să achitaţi personal întregul cost. El poate să ia acest lucru în considerare în alegerea unui medicament pentru copilul dumneavoastră, administrând totodată un tratament bun. Totuşi, uneori, după ce aţi luat în considerare avantajele şi dezavantajele mai multor medicamente, dumneavoastră şi medicul veţi fi de acord că doar un medicament de marcă va fi eficient. Dacă da, întrebaţi despre eligibilitatea copilului dumneavoastră pentru programe ale companiilor farmaceutice, care asigură tratamentul medicamentos gratis pentru pacienţii care se califică.

În tabelul 12.2 voi enumera *costul lunar estimativ* pentru diferite tipuri de medicamente, administrate la o doză medie. Vă poate ajuta să comparaţi aceste costuri cu alte cheltuieli mai puţin necesare din bugetul dumneavoastră. De exemplu, ieşirea la un film, de patru ori pe lună costă aproximativ 28–36$, fumarea unui pachet de ţigări pe zi, timp de o lună, costă aproximativ 115$, iar consumarea a două sticle de bere pe seară, timp de o lună, costă 30–60$.

Observaţi că preţul medicamentelor poate varia mult, dacă medicamentul este de marcă sau generic.

Coplata pentru medicamente (care variază de la un plan de asigurare la altul) este considerabil mai mică decât costurile achiziţionării directe, mai sus-menţionate. Cu toate acestea, majoritatea oamenilor sunt dezarmaţi de costul ridicat al unor medicamente psihiatrice de marcă. Din păcate, acest cost ridicat poate duce deseori la încetarea tratamentului medicamentos de

către părinți strâmtorați financiar, chiar dacă sunt de acord că banii cheltuiți pentru a ajuta un copil să se simtă și să funcționeze mai bine sunt bani bine cheltuiți.

După cum arată și următoarea secțiune, costurile tratamentului nu se limitează doar la cel financiar.

Tabelul 12.2 Nume de marcă și costuri generice ale diferitelor medicamente psihiatrice

Exemple de tipuri de medicamente	*Cost lunar aproximativ pentru medicamente de marcă*	*Cost lunar aproximativ pentru medicamente generice*
Medicamente stimulante		
Ritalin	25–35$	13–20$
Concerta	80–100$	Nu este disponibil încă
Adderall	55–110$	40–80$
Medicamente antipsihotice		
Prozac	80–160$	7–60$
Zoloft	75–150$	Nu este disponibil încă
Lexapro	60–80$	Nu este disponibil încă
Stabilizatori de dispoziție		
Litiu	60–120$	15–30$
Depakote	125–150$	60$
Medicamente antipsihotice		
Haldol	75–150$	2,5–5$
Risperidal	150–300$	Nu este disponibil încă
Zyprexa	240–360$	Nu este disponibil încă

COSTURILE DE ENERGIE ȘI TIMP ALE TRATAMENTULUI

Există două tipuri principale de costuri nefinanciare pentru tratamentul copilului dumneavoastră:

- costuri de energie emoțională;
- timp

Costurile de energie emoțională încep de dinainte să începeți tratamentul, pe măsură ce conștientizați faptul că fiul sau fiica dumneavoastră are o problemă pentru care aveți nevoie de ajutor de specialitate. Când terapia începe, măriți consumul de energie emoțională, deschizându-vă în fața unui străin și împărtășindu-i experiențe intime de familie. În timpul tratamentului, consumul de energie emoțională crește chiar în travaliul psihoterapeutic (indiferent dacă în terapia parentală, de familie, de cuplu sau de grup). Vă puteți simți destul de energic, mai ales pe măsură ce începeți să simțiți efectele pozitive ale psihoterapiei. Uneori însă, vă puteți simți și destul de epuizat.

În cazul în care copilul sau alt membru al familiei se opune terapiei, veți suferi o creștere a cheltuielilor emoționale, din moment ce dumneavoastră le susțineți, încurajați și le tolerați teama, furia, rușinea și alte sentimente stresante. Din fericire, terapeutul dumneavoastră vă poate ajuta în aceste situații. Atunci când sunt abordate astfel de probleme, costurile dumneavoastră emoționale pot fi reduse.

Costurile *temporale* încep când încercați să vă dați seama unde să vă îndreptați pentru servicii. Două lucruri vă vor economisi timpul:

- Apelați la serviciile de sănătate mentală înscrise pe spatele cardului dumneavoastră de asigurare, în loc să apelați numărul principal de asigurare medicală (multe companii de asigurări au un departament special care se ocupă de sănătatea mentală);
- Obțineți nume de specialiști în sănătate mentală de la un pediatru care cunoaște acoperirea dumneavoastră medicală și specialiștii locali. Acest lucru vă va scuti de a afla ulterior că unii dintre specialiștii de pe lista personalului

companiei de asigurări nu mai asigură servicii prin compania dumneavoastră de asigurări.

Costurile temporale continuă şi în timpul tratamentului. Veţi petrece multe ore pe drum spre şedinţe şi înapoi. Dacă este programată mai mult de o şedinţă pe săptămână (lucru care se întâmplă deseori la începutul tratamentului), puteţi simţi că aceste cheltuieli de timp sunt prea mari în comparaţie cu beneficiile tratamentului. Mai mult ca de obicei, această viziune sceptică este o expresie a frustrării şi dezamăgirii dumneavoastră de a trebui să vă confruntaţi cu dificultăţile copilului şi cu necesitatea unui tratament pentru a le rezolva. Luaţi în considerare viziunea practică pe termen lung: timpul în care copilul dumneavoastră primeşte tratamentul este probabil mult mai scurt decât cel pe care l-aţi fi petrecut îngrijorându-vă şi fiind martor la consecinţele neabordării dificultăţilor.

Acest lucru ne aduce la ultimul subiect: neprimirea tratamentului necesar copilului.

COSTURILE NON-TRATAMENTULUI: PERSPECTIVE PERSONALE ŞI COMUNITARE

Toate căile alese au avantaje şi dezavantaje. Există costuri pentru non-tratament (atât la nivel personal cât şi social), aşa cum există costuri şi pentru tratament.

COSTURI PERSONALE ALE NON-TRATAMENTULUI

La început, puteţi să nu vedeţi costurile personale ale non-tratamentului pentru probleme emoţionale şi comportamentale.

Poate fi: fără tratament = fără cheltuieli financiare. Dar *costurile financiare ale non-tratamentului* se adună:

- Costă să înlocuiești obiecte distruse în timpul episoadelor violente;
- Costă să înlocuiești sume de bani pe care copilul dumneavoastră le fură pentru cumpărături impulsive, jocuri de noroc sau abuzul de substanțe.

Acest lucru este valabil și în cazul *costurilor temporale ale non-tratamentului*:

- Pierdeți timp la serviciu dacă trebuie să mergeți în repetate rânduri la ședințe cu personalul școlar pentru a discuta probleme legate de prezența la ore și de performanțe școlare;
- Pierdeți timp la doctor, când copilul dumneavoastră are plângeri de ordin fizic, care au o bază emoțională;
- Pierdeți timp dacă trebuie să mergeți la tribunal, deoarece copilul dumneavoastră se manifestă violent în comunitate.

Costurile emoționale ale non-tratamentului variază, dar sunt mereu prezente:

- Dumneavoastră, familia și copilul dumneavoastră puteți avea parte de mulți ani de suferință emoțională și nefericire în cazul în care copilul dumneavoastră nu primește niciun tratament;
- Puteți să treceți prin diverse niveluri de îngrijorare continuă, vinovăție, furie, tristețe și tulburări emoționale în cadrul familiei;
- Frații/surorile copilului dumneavoastră pot fi nevoiți să suporte costurile emoționale ale unei frate netratat, până în propriile lor vieți adulte. Tratamentul timpuriu adecvat

BCU IAȘI UNIVERSITY LIBRARY

poate face diferențe enorme între viitoarele vieți emoționale ale membrilor familiei.

Decizia de a urma un tratament se leagă deseori de modul în care un părinte resimte echilibrul dintre costurile personale totale ale non-tratamentului și cele ale tratamentului.

COSTURILE SOCIETALE ALE NON-TRATAMENTULUI

Ca societate, nu suntem suficient de conștienți de modul în care comunitățile noastre sunt mai puțin sigure și calitatea vieții tuturor este redusă prin faptul că menținem standarde joase de îngrijire a copiilor și adolescenților cu probleme emoționale și comportamentale. Neridicarea la standarde mai înalte decât cele actuale are costuri indirecte. De exemplu, serviciile de sănătate mentală pentru copii, suprasolicitate (și subfinanțate) pot să fie indisponibile pentru a ajuta părinți și copii foarte stresați. Cum se întâmplă asta:

- Problemele emoționale neabordate ale unui copil pot duce la mai multe crize și la apelarea la mai multe servicii costisitoare de urgență;
- Tulburările de sănătate mentală ale părinților cresc, iar absenteismul la locul de muncă începe să crească;
- Abuzul copiilor se poate intensifica, creând costuri suplimentare pentru intervențiile unei agenții de servicii sociale;
- Adolescenții mai mari pot folosi droguri pentru a-și „trata" anxietatea, depresia și furia, iar societatea „plătește" prețul;
- Problemele emoționale și comportamentale nerezolvate se descarcă și în cadrul școlar:
  - Sunt necesare programe specializate și personal suplimentar costisitor pentru a ajuta copiii cu probleme

emoționale să avanseze din punct de vedere școlar sau social și să nu fie o mare forță perturbatoare în școală;
- o Aceste costuri ridicate sunt reflectate într-un buget școlar mai mare și impozite mai mari pe proprietăți și pe venit;
- o Un copil care poate să se adapteze la școală și acasă cu suficiente resurse/susținere din partea comunității poate avea nevoie de un program rezidențial costisitor;
- o Un copil cu probleme comportamentale, tulburări de învățare și nevoi emoționale nerezolvate poate sfârși într-o închisoare juvenilă;
- o Costul pentru programele rezidențiale și închisorile juvenile (suportat de stat și de comunitățile locale, prin impunerea de taxe mai mari) este mare: peste 100000 $ pe an de copil pentru un tratament în cadrul unui program rezidențial și încă mai mare într-o închisoare.

Subfinanțarea serviciilor de sănătate mentală pentru copii este foarte ignorantă și extrem de costisitoare pe termen lung.

Pentru a ilustra costul pe termen lung asociat cu non-tratamentul, luați în considerare această analogie.

Imaginați-vă că o universitate de stat hotărăște să construiască o bibliotecă, dar fondurile sunt limitate. Prin urmare, administrația alege cea mai mică ofertă, sperând că respectiva clădire poate fi construită cu cea mai mică sumă de bani, chiar dacă acest lucru pare puțin probabil. Clădirea este construită.

În primul an, sistemul de încălzire se strică des. Studenții trebuie să învețe în săli neîncălzite. În consecință, mulți dintre ei se îmbolnăvesc și apelează mai mult decât de obicei la cabinetul medical al universității.

În câțiva ani, din clădire încep să cadă cărămizi. Devine periculos să mergi în apropierea clădirii, iar studenților le e frică. Prin urmare, universitatea încetează să asigure servicii de

bibliotecă comunității pe care trebuia să o deservească. Profesorii și studenții folosesc alte surse din apropiere și taxează universitatea pentru transport și alte costuri.

Atunci când sunt adunate toate acestea, administratorii realizează că actualul cost al bibliotecii, inclusiv reparațiile necesare, depășește cu mult cea mai mare ofertă.

Acest lucru este valabil și în cazul subfinanțării serviciilor de sănătate mentală pentru copii. Costul pentru tratamentul de sănătate mentală pentru copii este relativ simplu de calculat și pare ridicat. Totuși, costul de a nu asigura servicii, deși greu de calculat, este mult mai ridicat. Din perspectivă comunitară, expresia „plătești acum sau mai târziu" este perfect valabilă. Viitorul stă cu adevărat în copiii noștri. Ei au nevoie de o îngrijire mai bună, iar aceasta costă mai mult decât îngrijirea precară.

Societatea noastră s-ar descurca mult mai bine oferind ajutor pentru părinți care caută tratament pentru copilul lor. Există o discrepanță mare între tipul de servicii de sănătate mentală pe care această țară *și-ar putea* permite să le pună la dispoziție acestor copii și *ceea ce oferă*. Această discrepanță este continuată și întreținută de atmosfera politică și socială curentă (2000–2007), în care politicienii se reped orbește să reducă taxele și să minimizeze costurilor publice ale guvernării. Acest lucru înseamnă reducerea fondurilor pentru servicii publice.

În ceea ce privește destinația banilor publici, serviciile comunitare de sănătate mentală pentru copii sunt lăsate la urmă, inclusiv spitalele, clinicile și instituțiile de îngrijire rezidențială și formarea specialiștilor în sănătate mentală. În schimb, serviciile militare, armamentul, închisorile și instituțiile pentru „războiul" împotriva drogurilor și terorismului sunt în capul listei. Mai mulți bani publici, fie prin taxe mărite, fie prin realocarea banilor din alte zone ale bugetului, trebuie să fie cheltuiți pe serviciile de sănătate mentală pentru copii.

Pentru a ajuta la remedierea acestei situații, puteți face următoarele:

- Să susțineți un grup de propagandă local sau național care militează pentru servicii mai bune de sănătate mentală pentru copii;
- Să scrieți o scrisoare reprezentanților dumneavoastră la nivel local și la nivel național, în care să vă arătați susținerea pentru ca mai mulți bani să ajungă la serviciile de sănătate mentală pentru copii, chiar până la punctul de a crește taxele pentru asta!

* * *

Acest capitol încheie cartea *Ajută-ți copilul să revină pe calea cea bună*. Scopul ei a fost să vă ofere informații exhaustive utile despre probleme emoționale și comportamentale ale copilului. Sper că și-a îndeplinit scopul. Desigur, deși conținutul acestei cărți este similar informațiilor pe care le-ați putea primi în cadrul unei întâlniri cu un psihiatru de copii experimentat sau cu un specialist de copii, ea nu reprezintă un substitut real al unei consultații față în față.

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

Anexă: Bibliografie pentru autoajutorare

Mai jos, găsiți o listă cu diverse surse de informare care vă pot fi de ajutor. Aceste surse vă pot spori sau pot veni în completarea noilor informații pe care le dobândiți în urma discuției cu un specialist. Am structurat această listă în două domenii generale. Primul domeniu se referă la informații obținute individual: cărți, reviste și internet. Cel de-al doilea cuprinde ajutor și informații obținute în cadrul unui grup tematic de discuții.

Vă recomand cu căldură aceste resurse de autoajutorare și sunt de părere că fiind un părinte informat, reprezentați sursa vitală de sprijin pentru copilul dumneavoastră. Specialistul la care mergeți cu copilul reprezintă un loc de pornire foarte important de obținere de informații și de înțelegere a situației, însă această persoană nu trebuie să fie singura sursă de acest fel. În această eră a abordării în termeni de „profit" a serviciilor de sănătate, puteți fi un mai bun susținător al serviciilor de care are nevoie copilul dacă sunteți un părinte informat. Majoritatea surselor de informație sunt legitime, însă dumneavoastră ca „achizitor" trebuie să dați dovadă de judecată și de precauție cu privire la lucrurile aflate, mai ales la cele găsite pe internet. Discutați cu medicul/terapeutul copilului lucrurile aflate și întrebările generate de aceste informații. Resursele bibliografice de mai jos sunt cele pe care le-am utilizat personal, pe care le-am recomandat părinților sau care mi-au fost recomandate de colegi în urma utilizării în practica lor.

CĂRȚI DESPRE PARENTAJ

Raising Resilient Children: Fostering Strength, Hope, and Optimism in Your Child. Robert Brooks, Sam Goldstein (2002). New York, NY: McGraw-Hill.

SOS: Help for Parents. Lynn Clark (1985). Bowling Green, KY: Parents Press.

Parenting Teens with Love and Logic: Preparing Adolescence for Responsible Adulthood. Foster Cline, Jim Fay (1993). Colorado Springs, CO: Pinon Press.

Parenting Your Premature Baby and Child: The Emotional Journey. Deborah L. Davis *et al.* (2004). Golden, CO: Fulcrum Publishing.

Children: The Challenge. Rudolf Dreikurs *et al.* (1974). New York, NY: Hawthorn Books.

Discipline Without Tears. Rudolf Dreikurs *et al.* (1980). New York, NY: Hawthorn Books.

Parenting from the Inside Out. Daniel Siegel, MD, Mary Hartnell (2004). New York, NY: Jeremy Tarcher/Penguin, Penguin Group.

The Hurried Child: Growing up Too Fast, Too Soon. David Elkind (1989). Boston, MA: Addison Wesley Publishers.

The Mother–daughter Project: How Mothers and Daughters Can Bond Together, Beat the Odds, and Thrive through Adolescence. S. Ellen Hawkins and Renee Shultz (2007). New York, NY: Hudson Street Press.

Ties That Stress: The New Family Imbalance. David Elkind (1998). Cambridge, MA: Harvard University Press.

How to Talk So Kids Will Listen and Listen So Kids Will Talk. Adele Faber and Elaine Mazlish (1980). New York, NY: Avon Books.

Siblings without Rivalry: How to Help Your Children Live Together So You Can Live Too. Adele Faber and Elaine Mazlish (1998). New York, NY: Avon Books.

1-2-3 Magic: Effective Discipline for Children 2–12. Thomas W. Phelan, PhD (1995). Glen Ellyn, IL: Child Management.

Ages and Stages: a Parents' Guide to Normal Childhood Development. Charles E. Schaefer, Teresa Foy DiGeronimo (2000). New York, NY: John Wiley and Sons.

The Optimistic Child: Proven Program to Safeguard Children from Depression and Build Lifelong Resistance. Martin E. Seligman (1995). New York, NY: Harper Collins.

Get Out of My Life, but First Could You Drive Me and Cheryl to the Mall: A Parents Guide to the New Teenager. Anthony E. Wolf (1993). New York, NY: Noonday Press.

CĂRȚI CU SUBIECTE SPECIFICE / ORIENTATE SPRE SIMPTOM

SINDROMUL ASPERGER

Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals. Tony Attwood (1998). London: Jessica Kingsley Publishers.

Freaks, Geeks, and Asperger's Syndrome: A User Guide to Adolescence. Luke Jackson and Tony Attwood (2002). London: Jessica Kingsley Publishers.

Asperger's Sindrome and Difficult Moments: Practical Solutions for Tantrums, Rage, and Meltdowns. Brenda Smith Myles and Jack Southwick (1999). Shawnee Mission, K: Autism Asperger Publishing Company.

Helping a Child with Nonverbal Learning Disorder or Asperger's Syndrome: A Parent's Guide. Kathryn Stewart (2002). Oakland, CA: New Harbinger Publications.

PROBLEME DE ATENȚIE

Taking Charge of ADHD: A Complete, Authoritative Guide for Parents. Russell A, Barkley (2000). New York, NY: Guilford Press.

Driven to Distraction. Ned Hallowell and John Ratey (1995). New York, NY: Touchstone.

Brainstorms: Understanding in Treating the Emotional Storms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder from Childhood through Adulthood. H. Joseph Horacek (1998). New York, NY: Jason Aronson.

Your Active Child: How to Boost Physical, Emotional, and Cognitive Development through Each Appropriate Activity. Rae Pica (2003). New York, NY: McGraw-Hill Companies.

How to Reach and Teach ADD/ADHD Children: Practical Techniques, Strategies, and Interventions for Helping Children with Attention Problems and Hyperactivity. Sandra Reif (1993). San Francisco, CA: Jossey-Bass, un imprint Wiley.

ADHD Book of Lists: A Practical Guide for Helping Children and Teens with Attention Deficit Disorder. Sandra F. Reif (2003). San Francisco, CA: Jossey-Bass, un imprint Wiley.

ANXIETATE

Helping Your Anxious Child: a Step-by-Step Guide for Parents. Ronald Rapee *et al.* (2000) Oakland, CA: New Harbinger Publications.

The Anxiety Cure for Kids: A Guide for Parents. Elizabeth DuPont Spencer *et al.* (2003). Hoboken, NJ: John Wiley and Son.

PROBLEME DE COMPORTAMENT

The Explosive Child: A New Approach for Understanding and Parenting Easily Frustrated, „Chronically Inflexible" Children. Ross Greene (1998). New York, NY: Harper Collins.

Bullying at School: What We Know and What We Can Do (Understanding Children's Worlds). Dan Olweus (1993). Cambridge, MA: Blackwell Publishing Ltd.

The Defiant Child: a Parents' Guide to Oppositional Defiant Disorder. Douglas Riley (1997). Dallas, TX: Taylor Trade Publishing.

COMPULSII ȘI OBSESII

Freeing Your Child from Obsessive—compulsive Disorder: A Powerful Practical Program for Parents of Children and Adolescents. Tamar E. Chansky (2000). New York, NY: Three Rivers Press.

The Boy Who Couldn ,t Stop Washing: The Experience and Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. Judith L. Rapoport (1991). Toronto, Ontario: Signet/Penguin Books Canada.

Obsessive-compulsive Disorder (Patient-Centered Guides). Mitzi Waltz (2000). Sebastopol, CA: O'Reilly and Associates.

TULBURĂRI ALIMENTARE

When Your Child Has an Eating Disorder: A Step by Step Workbook for Parents and Other Caregivers. Abigail H. Natenshon (1999). San Francisco, CA: Jossey-Bass, un imprint Wiley.

TULBURĂRI ALE DISPOZIȚIEI: DEPRESIA

Growing Up Sad: Childhood Depression and Its Treatment. Leon Cytryn (1998) *et al.* New York,
NY: W.W. Norton.

Raising Depression-Free Children: A Parents' Guide to Prevention and Early Intervention. Kathleen Panula Hockey (2003). Minneapolis, MN: Hazelden Information Education.

Helping Children Cope With the Loss of a Loved One: A Guide for Grown-ups. William C. Kroen (1996). Minneapolis, MN: Free Spirit Publishing.

TULBURĂRI ALE DISPOZIȚIEI: TULBURAREA BIPOLARĂ

Survival Strategies for Parenting Children with Bipolar Disorder: Innovative Parenting and Counseling Techniques for Helping Children with Bipolar Disorder and the Conditions That May Occurwith It. George T. Lynn (2000). London: Jessica Kingsley Publishers.

The Bipolar Child: The Definitive and Reassuring Guide to Childhood's Most Misunderstood Disorder. Dmitri Papolos and Janice Papolos (2000). New York, NY: Broadway Books, Random House.

The Ups and Downs of Raising a Bipolar Child. Judith Lederman and Candida Fink (2003). New York, NY: Fireside Simon & Schuster.

SINDROMUL TOURETTE

Tourette's Syndrome and Human Behavior. David Comings (1990). Duarte, CA: Hope Press.

TRAUMA

Children and Trauma: A Guide for Parents and Professionals. Cynthia Monahon (1993). San Francisco, CA: Jossey-Bass, a Wiley imprint.

DIVERSE - DIVORŢUL

Making Divorce Easier on Your Child: 50 Effective Ways to Help Children Adjust. Nicholas Long, Rex L. Forehand (2002). New York, NY: McGraw-Hill.

DIVERSE - MEDITAŢIA

Meditation to Children. David Fontana and Ingrid Slack (1998). Boston, MA: Element Books.

ALTE CĂRŢI DESPRE PROBLEMELE DE SĂNĂTATE MENTALĂ ALE COPIILOR

It's Nobody's Fault: New Hope and Help for Difficult Children and Their Parents. Harold Koplowicz (1996). New York, NY: Random House/Times.

Straight Talk about Your Child's Mental Health. Stephen V. Faraone (2003). New York, NY: Guilford Press.

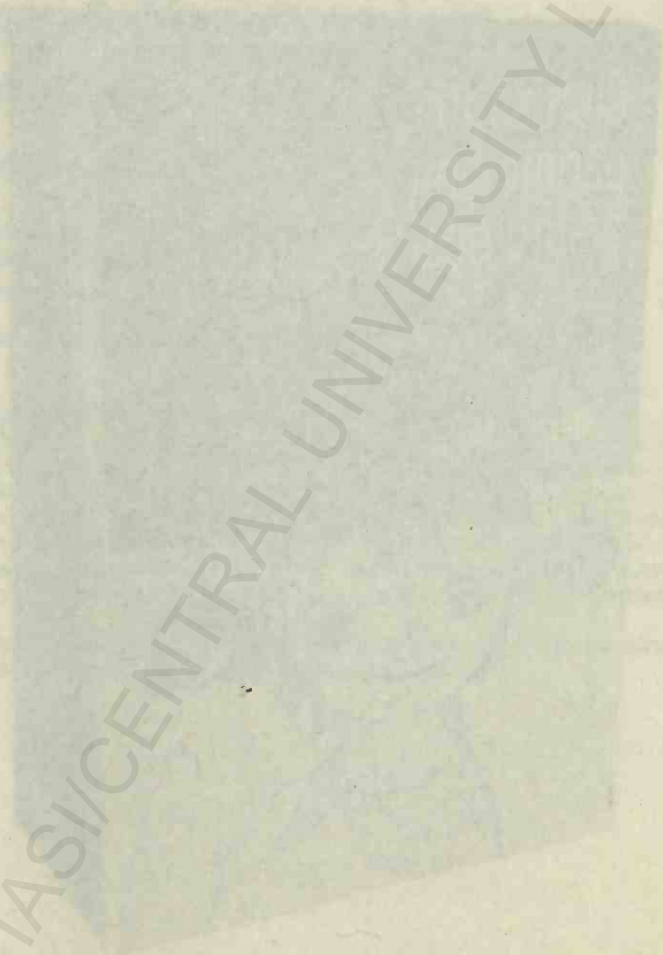
What It Takes to Pull Me Through: Why Teenagers Get in Trouble and How Four of Them Got Out. David Marcus (2005). New York, NY: Houghton Mifflin.

MEDICAŢIE PSIHIATRICĂ

Straight Talk about Psychiatric Medications for Kids. Timothy E. Wilens (2004). New York, NY: Guilford Press.

Lista de cărţi de mai sus este doar orientativă şi vă sugerez să mergeţi la o bibliotecă sau la o librărie din apropierea dumneavoastră pentru mai multe sugestii, sau să rugaţi prietenii să vă recomande şi alte titluri.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI



BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cum să fii părinte bun pentru adolescenți

Autor: Michael Hammond

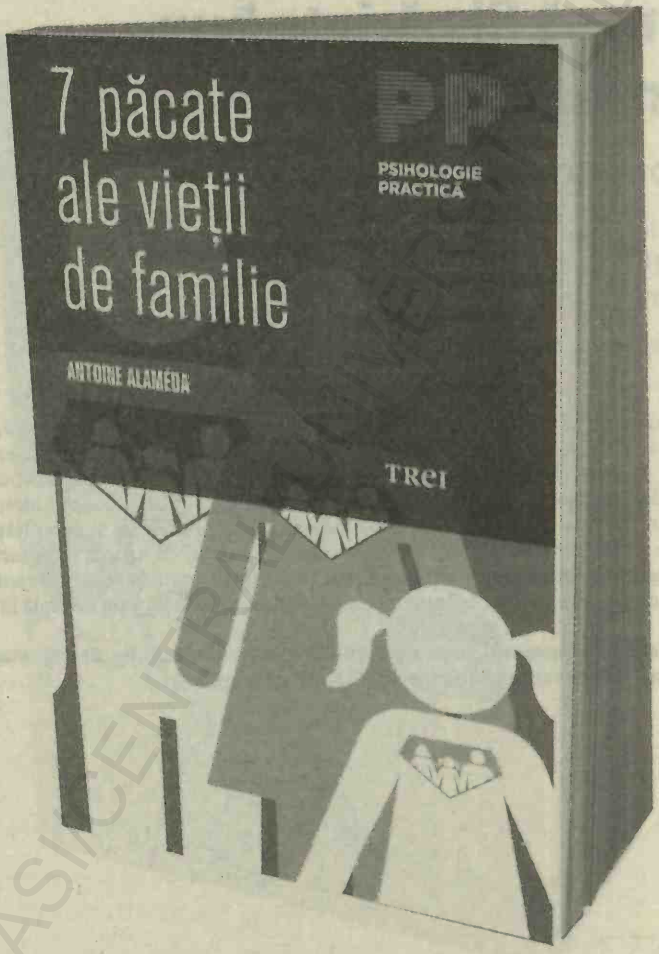
Titlul original: Decisive Parenting: Strategies that Work with Teenagers
Limba originală: engleză

Traducere de: Mihaela Negrilă

Adolescentul tău îți face tot mai multe probleme? Chiulește de la școală, te minte, bea și fumează sau s-a înhăitat cu vreo gașcă dubioasă? Cu o experiență bogată în consilierea de familie, psihologul Michael Hammond propune părinților îngrijorați câteva instrumente practice prin care să poată îndrepta comportamentul rebel al adolescenților. De la certurile din casă și dificultățile școlare până la probleme mai grave, precum consumul de droguri sau furtul din magazin, pentru toate există o soluție. Sistemul de metode propus de autor poate schimba în mod vizibil purtarea adolescentului în mai puțin de două luni.

Michael Hammond, este un psihoterapeut american din Salem, statul Oregon, specializat în probleme de căsătorie și familie..

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



BCU IASI CENTRAL LIBRARY

7 Păcate ale vieții de familie

Autor: Antoine Alaméda

Titlul original: Les 7 Péchés familiaux
Limba originală: franceză

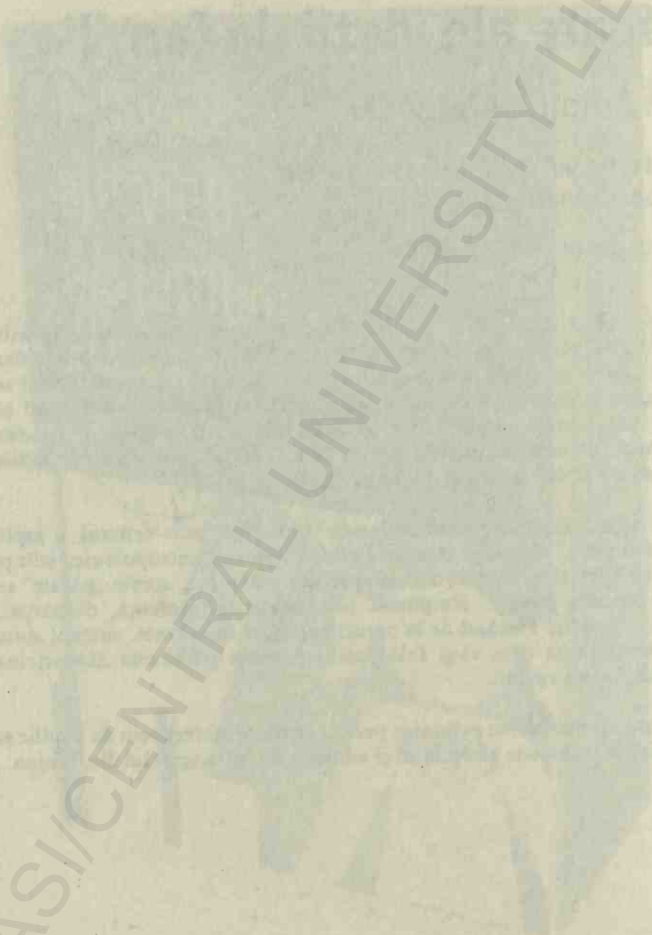
Traducere de: Nicolae Baltă

Cum se face că, dintr-odată, copilul silitor începe să ia numai note proaste la şcoală? De ce bebeluşul refuză brusc să mai mănânce? În ce fel agresivitatea explozivă devine raţiunea de a fi pentru unele cupluri? De ce partenerii se despart surprinzător după ce copilul lor pleacă la facultate? Refuzând să identifice sursa problemelor strict la nivel individual, psihiatrul francez Antoine Alaméda ne îndeamnă să privim cu mai multă atenţie către relaţiile problematice stabilite în interiorul unui cămin.

Toate aceste raporturi disfuncţionale sunt puse sub semnul a şapte „păcate" familiale, abordate interdisciplinar (istorie, antropologie, ştiinţa sistemelor). Fără să aibă conotaţii morale sau religioase, aceste „păcate" se referă la: eşecuri şcolare, simptome psihosomatice, violenţă, despărţiri, incest, bani şi doliu. Plecând de la cazuri rezolvate în cabinet, autorul ajută familiile să reînveţe cum să-şi folosească resursele paralizate din pricina culpabilizării sau a ruşinii.

Antoine Alaméda este psihiatru pentru copii, psihoterapeut de familie şi şeful secţiei de psihiatrie a copilului şi adolescentului la spitalul din Toulon.

BCU IASI/O... UNIVERSITY LIBRARY



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2013/12520
45

Ești îngrijorat că preșcolarul tău are crize de furie sau, în ciuda faptului că învățase să facă la oliță, de curând a reînceput să-și murdărească lenjeria? Sau poate că este vorba de un școlar de clasa a treia sau a patra care pare impulsiv și hiperactiv, tensionat sau deprimat, iar învățătoarea lui te-a anunțat de curând că nu învață în ritmul la care se aștepta ea. Poate copilul tău este un adolescent prea preocupat de alimentație și de greutatea corporală, având comportamente autoagresive sau schimbări de dispoziție și comportament imprevizibil? Te preocupă emoțiile și comportamentul copilului tău și dorești să afli ce anume poți face pentru a-i ajuta? Atunci cartea aceasta ți se adresează. Ea abordează aspecte cum ar fi intervenții specifice de autoajutorare, psihoterapia, tratamentul medical, testarea psihologică și perspective de înțelegere și de tratare a anumitor simptome (de exemplu, anxietatea, agresivitatea, schimbările de dispoziție și accesele de furie).

PP
PSIHOLOGIE PRACTICĂ
TREI

KENNETH H. TALAN este medic psihiatru. A studiat medicina la Yale. A lucrat multă vreme în clinici pentru copii și adolescenți, precum și în școli publice. Timp de mai bine de 20 de ani a fost consultant pe probleme de psihiatrie pentru profesori, psihologi și consilieri psihologici care lucrau cu elevi cu probleme de comportament. A ținut prelegeri de specialitate pentru publicul larg și pentru profesioniști.

9 789737 076786

BUCUREȘTI CENTRALA